

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N° 233

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Antony BARRIER

Né le 15 mars 1905, à Saïgues (Cantal)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Formes occlusives

des

Infections pelviennes aiguës

Président : M. GRÉGOIRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152011_0070

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Antony BARRIER

Né le 15 mars 1905, à Saignes (Cantal)
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Formes occlusives
des

Infections pelviennes aiguës

Président : M. GRÉGOIRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	N...
Hygiène et médecine préventive	FANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY ... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.	Clinique médicale.	BASSET.	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOURE.	
DONZELOT.		QUÉNU.	
DUVOIR.		SCHWARTZ.	
HARVIER.		VELTER.	
LIAN.			
VALLERY-RADOT			
(Pasteur).			
SÉZARY.			

MM.	
ÉCALLE	Clinique obstétricale.
GUÉNIOT.	
LE LORIER.	
LÉVY-SOLAL.	
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
FREY.	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES ONCLES

A MES PARENTS

*En témoignage de ma reconnaissance et
de ma très grande affection.*

A MES FRÈRE ET SŒURS

AUX MIENS ET A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR GRÉGOIRE

Professeur de Clinique chirurgicale

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ALGLAVE

Chirurgien honoraire des Hôpitaux

A M. LE DOCTEUR SAUVÉ
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

A M. LE DOCTEUR DEVRAIGNE

Accoucheur de l'Hôpital Lariboisière

A M. LE DOCTEUR PICOT

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

A M. LE DOCTEUR CAPETTE

Chirurgien de l'Hôpital Bichat

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MONDOR

Chirurgien de l'Hôpital Bichat

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage :

M. LE PROFESSEUR WIDAL (*in memoriam*)
M. LE PROFESSEUR LEJARS (*in memoriam*)
M. LE DOCTEUR LOUIS RAMOND

Externat :

1926-1927 M. LE DOCTEUR MICHON
1927-1928. M. LE DOCTEUR LEHELLE
1927-1928. M. LE DOCTEUR CHARLES RICHET
1928. M. LE PROFESSEUR BAUDOUIN

Internat :

1928-1929. M. LE PROFESSEUR ALGLAVE
1929-1932. M. LE DOCTEUR SAUVÉ
1932-1933. M. LE DOCTEUR DEVRAIGNE
1933-1934. M. LE DOCTEUR PICOT
1933-1934. M. LE DOCTEUR CAPETTE
1934-1935. M. LE PROFESSEUR MONDOR

A M. LE DOCTEUR GUIMBELLOT

Chirurgien de l'Hôpital Beaujon

A M. LE DOCTEUR HUET

Chirurgien des Hôpitaux

A M. LE DOCTEUR GUEULETTE

Chirurgien des Hôpitaux

A M. LE DOCTEUR JEAN RAVINA

Accoucheur des Hôpitaux

A M. LE DOCTEUR PHÉLIP

Chirurgien à Vichy

Formes occlusives des Infections pelviennes aiguës

AVANT-PROPOS

Dans la chirurgie d'urgence, l'occlusion intestinale occupe la première place par les difficultés du diagnostic, des indications thérapeutiques, du choix de l'intervention.

Là, plus qu'ailleurs, du geste opératoire choisi dépend la vie du malade.

Consécutives souvent à un obstacle qu'il faut lever des occlusions complètes peuvent être sous la dépendance de lésions inflammatoires. Celles-ci, lorsqu'elles sont masquées par l'importance du syndrome occlusif pourraient être négligées ou méconnues. Elles doivent être recherchées avec soin pour éviter de se précipiter sur un ventre distendu, alors qu'il eut fallu inciser un abcès, enlever un appendice, refroidir une salpingite.

Nous avons consacré ce travail à l'étude des formes occlusives des infections pelviennes.

A M. le professeur agrégé MONDOR qui nous a guidé dans nos études médicales, nous a accueilli dans son service et nous a inspiré ce travail nous demandons de trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

PLAN GÉNÉRAL

Dans une première partie, étudiant les formes occlusives de l'appendicite pelvienne et des affections gynécologiques, nous verrons qu'elles peuvent réaliser des occlusions complètes, avec la triade habituelle : arrêt des gaz, ballonnement, crises douloureuses paroxystiques, s'accompagnant parfois d'ondes péristaltiques et de vomissements.

Mais négligeant systématiquement les observations dans lesquelles l'occlusion va de pair avec un syndrome infectieux évident, nous avons localisé notre étude et avons surtout retenu les observations dans lesquelles la lésion inflammatoire n'occupe jamais le premier plan.

Souvent difficile à reconnaître, bien des fois elle a été méconnue jusqu'à l'intervention, cette erreur entraînant des conséquences fâcheuses et un pronostic très grave. Lorsque la cause reconnue à l'avance a permis le traitement rationnel, les résultats sont incomparablement meilleurs. Aussi, dans une deuxième partie, étudierons-nous les signes cliniques, les recherches complémentaires auxquels on doit s'attacher pour fixer le diagnostic exact de l'occlusion.

Enfin, après avoir précisé le mécanisme de ces occlusions, nous en étudierons la thérapeutique : de l'exposé des diverses techniques suivies, de l'analyse des résultats obtenus, nous essaierons de dégager le traitement qu'il convient de leur appliquer.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I

Formes occlusives de l'appendicite pelvienne.

Au cours d'une appendicite aiguë caractérisée, il n'est pas rare de voir apparaître des signes d'occlusion surajoutés, contemporains de la crise, mais dans ce cas, le diagnostic ne souffre aucune difficulté.

D'autres fois, le facteur infectieux est au minimum : la température peu élevée, la contracture inexistante ; on pense d'abord à une occlusion à cause du météorisme, de l'arrêt des gaz, des ondes péristaltiques se dessinant sous la paroi. Cette tendance occlusive est très souvent sous la dépendance de deux facteurs :

- le siège pelvien de l'appendice ;
- l'âge avancé du malade.

Appendicite pelvienne.

L'extension à donner à l'appendicite pelvienne est diversement interprétée. Certains auteurs étudiant uniquement les cas dans lesquels l'appendice, bas situé, se trouve au fond du pelvis ; d'autres ajoutant les appendicites haut situées, au niveau du détroit supérieur.

A notre avis, il faut en effet grouper dans cette étude les appendicites pelviennes basses et les appendicites hautes méso-cœliaques.

Plusieurs éléments concourent à donner plus facilement un masque occlusif aux appendicites pelviennes.

La situation, dans une zone rétrécie où les réactions inflammatoires détermineront plus facilement des adhérences, des coudures, ou des compressions du grêle.

D'autre part, tout à fait au début de la crise, la réaction pariétale n'étant pas constatée, le toucher rectal étant négligé, on a méconnu l'atteinte initiale ; et lorsque, ultérieurement, la réaction péritonéale devient plus importante et qu'apparaissent les phénomènes occlusifs, on a tendance à les considérer comme primitifs alors qu'en réalité ils sont le témoin d'une réaction plastique.

Cela est d'ailleurs particulièrement vrai pour les appendicites méso-cœliaques, très difficiles à reconnaître même par un examen complet, trop basses pour

la palpation abdominale, trop hautes pour le toucher rectal.

Suivant l'intensité du début, le tableau peut être celui d'une occlusion suraiguë, plus souvent celui d'une occlusion rapidement progressive : ventre ballonné, tendu, douloureux, ondes péristaltiques visibles sous la paroi, arrêt des gaz et des matières, vomissements souvent ; tel est l'aspect évoquant immédiatement à l'esprit l'idée d'occlusion.

On devra s'étonner, dans ce tableau, d'une température dépassant un peu la normale, et connaissant les manifestations occlusives au cours de l'appendicite, on recherchera la notion d'une crise douloureuse négligée, ou qu'il faut tout au moins retrouver par l'interrogatoire. On s'attachera à dépister les signes habituels d'appendicite, mais, dans ces formes pelviennes, le ventre peut être tout à fait souple, sans traces de contractures. Les choses se passent plus bas, la réaction péritonéale se traduit seulement au toucher rectal ou toucher vaginal ; cet examen doit, par conséquent, être de règle et on peut ainsi trouver un point douloureux très net équivalent des points pariétaux. A la rigueur, on pourra, sous écran, en fixer la topographie.

D'autre part, l'examen plus minutieux montre que le ballonnement est plutôt médian, le cadre colique n'étant pas dilaté, et les ondulations s'arrêtent dans la région de la fosse iliaque droite.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (HEITZ-BOYER).

Chez un homme de 44 ans qui présente des douleurs à la racine de la verge, rétention d'urine, arrêt complet des matières et des gaz, ballonnement abdominal, HEITZ-BOYER porte le diagnostic d'occlusion réflexe due à une lithiase urétérale. Cependant, au 3^e jour, les signes persistant sans réaction péritonéale apparente, le toucher rectal ne donnant aucun renseignement, la température se maintenant à 38°, l'intervention est décidée.

Il s'agissait d'un appendice long, méso-cœliaque, suppuré et perforé.

OBSERVATION II (MORNARD).

MORNARD, en présence d'un malade atteint d'occlusion, pensa à un cancer colique, fit une cœcostomie chez un malade en occlusion aiguë depuis cinq jours. Comme cela ne donnait rien, une laparotomie médiane montra qu'il s'agissait d'un appendice pelvien gangréné.

OBSERVATION III (MATHIEU).

(Société de Chirurgie de Paris, 17 mars 1924.)

Jeune homme de 14 ans, entre le 25 octobre 1923 à Bretonneau, avec le diagnostic d'appendicite aiguë.

Le 21 octobre, avait été pris dans la nuit de douleurs très violentes à gauche, s'accompagnant de vomissements et de ballonnement abdominal. Arrêt complet des matières et des gaz.

Le 24 octobre les douleurs s'exagèrent, s'accompagnant d'un arrêt persistant des gaz.

Le 27 octobre, crise douloureuse, avec ondes visibles sous la paroi.

Intervention : On découvre des anses grêles très dilatées au-dessus d'un magma d'anses agglutinées dans le petit bassin, surtout à droite. La libération amène des saignements en nappe qui cessent par tamponnement prolongé. Côlon pelvien fusionné aux anses grêles, appendice pelvien très altéré, plongeant dans ce magma.

Appendicectomie. Fermeture sans drainage. Suites favorables. Cependant le 22 novembre, un abcès profond se fait jour à la paroi.

Guérison.

OBSERVATION IV.

Il nous semble intéressant de rapporter un cas d'occlusion que nous avons observé dans le service de notre Maître le Dr PICOT à Saint-Louis. Il ne met pas en cause l'appendicite, mais concerne une diverticulite de Meckel.

Petite fille de 13 ans, présentant depuis longtemps des phénomènes abdominaux, douleurs et vomissements. Entre dans le service après une crise douloureuse abdominale.

A l'examen : Ventre ballonné sans point douloureux net, état général médiocre, amaigrissement notable. Température à 38°. Devant cet état, on pense à une péritonite vraisemblablement bacillaire.

Mais les signes d'occlusion s'accroissant avec reprise des vomissements on décide d'intervenir.

A l'intervention, il s'agissait d'une diverticulite de Meckel

agglutinant les anses intestinales autour du promontoire et responsable de l'occlusion.

Libération. Fistule de Witzel sur le grêle pour parer aux accidents de résorption. Guérison.

Appendicite pelvienne chez le vieillard.

Chez le vieillard, l'appendicite aiguë prend moins volontiers l'allure de l'appendicite aiguë, habituelle chez l'adulte. Cette particularité provenant de l'involution de l'appendice à partir d'un certain âge et de la régression des follicules.

Par contre, les phénomènes d'occlusion sont particulièrement fréquents ; et ces formes autrefois méconnues et non étiquetées concouraient à faire dire rares les appendicites du vieillard.

Cette tendance à la forme occlusive est contrôlée par de nombreuses observations ; il est difficile d'en reconnaître la raison, cependant un certain nombre de facteurs semblent entrer en ligne de compte.

Au point de vue étiologique, les appendicites évoluent sur un terrain spécial. Elles surviennent souvent chez des obèses, gros mangeurs, constipés habituels présentant de l'atonie gastro-intestinale avec plose colique.

D'autre part, l'infection, avons-nous dit, ne détermine guère des appendicites aiguës habituelles. Elle évolue plus souvent à bas bruit, discrètement, donnant au voisinage de l'appendice des réactions de péritonite plastique ; et ainsi se trouvent individualisés

les deux facteurs importants à notre sens dans la genèse de l'occlusion.

Atonie intestinale et ptose.

Réaction plastique autour de l'appendice.

OBSERVATION V (résumée).

A Beaujon, HUET opère un vieillard en état d'occlusion complète sans température, sans contracture abdominale. La laparotomie médiane montre qu'il s'agissait d'une appendicite aiguë.

OBSERVATION VI (résumée).

(Raymond BERNARD.)

Malade âgé de 62 ans, entre à Lariboisière pour occlusion ; mais la température est à 38°, les vomissements sont apparus le premier jour de la crise ; sur ces deux signes BERNARD pense à une appendicite occlusive. Mac BURNEY, drainage par mèches. Guérison.

OBSERVATION VII (résumée).

(Raymond BERNARD.)

Malade de 63 ans, en subocclusion depuis douze jours, présente une occlusion aiguë avec ondes péristaltiques.

Laparotomie médiane ; appendicite avec réaction plastique sans pus véritable, mèche et drain par la ligne médiane. Mort.

OBSERVATION VIII (D^r HUET).

M^{me} G..., 63 ans, entre à Bichat le dimanche soir 9 octobre, pour une crise abdominale ayant débuté deux jours avant par :

douleurs sous forme de coliques siégeant d'abord dans la fosse iliaque droite, rapidement généralisées à tout l'abdomen et s'accompagnant de vomissements.

A l'examen : A l'entrée, la malade présente un arrêt des gaz, un ventre très ballonné ; le chirurgien de garde en présence de ce tableau et à cause d'antécédents : crises douloureuses, constipation, nausées, pense à un cancer.

Nouvel examen le lundi, 4 jours après le début. A ce moment-là : douleur diffuse dans tout l'abdomen sans localisation plus précise ; ventre ballonné avec tympanisme généralisé ; ondes péristaltiques se dessinant très nettement sous la paroi, sans qu'on ait besoin de les provoquer ; température à 37°4, pouls à 110.

Intervention : Incision médiane. On constate alors que l'occlusion reconnaît pour cause un appendice gangréné, perforé à sa base. Ligature portant sur le cæcum, Mikulicz. Guérison.

OBSERVATION IX (personnelle).

Malade de 65 ans, opéré à la Maison Dubois, en 1929, dans le service de notre Maître le Dr SAUVÉ. Occlusion aiguë datant de 2 jours, arrêt complet des matières et des gaz, distention énorme du ventre mais sans ondes péristaltiques. Température normale à 37°5. On porte le diagnostic d'occlusion par cancer colique probable.

Intervention : Anesthésie locale, en vue d'un anus cæcal, mais à l'ouverture seul le grêle est dilaté, le cæcum assez plat est entouré d'un magma d'adhérences surtout important à sa partie interne.

Anesthésie générale complémentaire. On découvre au milieu

des adhérences un appendice enflammé, long, s'étendant vers le promontoire, adhérent au grêle dont les anses sont coudées.

Appendicectomie, libération facile des néoformations plastiques. Drainage par mèche au contact. Guérison. .

OBSERVATION X (personnelle).

Malade âgée de 62 ans, entre à Bichat, pour un syndrome d'occlusion avec arrêt des gaz complet, ballonnement important ; mais il existe une zone de défense très limitée à la partie inférieure de l'abdomen, le toucher rectal est douloureux, la température est à 38° ; on porte le diagnostic d'appendicite à forme occlusive.

Anesthésie locale, la malade présentant une arythmie impressionnante.

A l'intervention : Gangue latéro-cæcale interne sur laquelle est fixée la partie terminale de l'iléon.

La libération prudente des adhérences permet d'extérioriser un appendice très long, très gros dont l'extrémité perforée s'ouvre dans un petit abcès situé au niveau du promontoire. Appendicectomie avec enfouissement. Large Mikulicz. Pas de fermeture de la paroi. Guérison en quatre semaines, sans incident.

CHAPITRE II

Formes occlusives des salpingites.

Les phénomènes de pseudo-occlusion sont très fréquents au cours des salpingites aiguës avec réaction du péritoine pelvien, caractérisés par du ballonnement, un arrêt des gaz, des vomissements, parfois. Mais à ce stade de pelvi-péritonite l'occlusion se présente rarement avec une acuité dominant le tableau clinique. Les vomissements bilieux sont contemporains du début de la crise, différents des vomissements plus tardifs de l'occlusion. Le ballonnement est impressionnant, mais c'est un ventre distendu, inerte, sans reptation d'anses sous la paroi. Il est rare enfin que l'arrêt des gaz soit absolu et il existe le plus souvent une certaine liberté dans le transit intestinal.

Ne tenant pas compte de ces occlusions répondant plutôt à une parésie intestinale, les cas sont rares d'occlusion complète paraissant résumer tout le tableau clinique et exiger un traitement chirurgical,

Plusieurs facteurs favorisent cette complication :

1° *D'abord la situation haute des salpingites* portant la lésion infectée vers le promontoire, au niveau des

anses grêles, créant une facilité plus grande dans la formation des adhérences, coudures et toutes réactions inflammatoires.

Cette variété de salpingites, étudiée d'abord par VILLARD reconnaît une étiologie difficile à préciser. VILLARD prétendait que ces salpingites hautes étaient dues à une infection des annexes alors que celles-ci se trouvent remontées physiologiquement. Elles seraient donc presque toujours secondaires à une affection post-partum ou post-abortion et seraient à opposer aux annexites d'origine gonococcique.

Mais il est possible qu'un double pyosalpinx sous tension ait tendance à s'ériger et reste fixé ultérieurement en position élevée.

Nous rapporterons un cas particulièrement net dans lequel les annexes étaient réunies l'une à l'une au-dessus de l'utérus, sur la ligne médiane, réalisant ainsi une véritable anse salpingienne méso-cœliaque, sur laquelle venait se fixer le grêle.

Cette variété de salpingite est d'ailleurs plus difficile à reconnaître, la symptomatologie étant presque abdominale et les signes pelviens moins appréciables qu'ils ne le sont dans les formes habituelles.

2° *Le volume de la collection suppurée.* — De très gros pyosalpinx ont en effet tendance à se prolaber dans le Douglas, réalisant ainsi un véritable enclavement et pouvant donner une occlusion par compression du rectum.

3° *Ancienneté des lésions.* — Les réactions de péri-sig-

moïdite persistent à la suite de poussées multiples de salpingite et préparent le lit à l'occlusion.

Ces réactions inflammatoires sont d'ailleurs tellement marquées dans certains cas, que l'on a pu se demander si elles ne sont pas primitives, et secondaires les lésions salpingiennes.

Au point de vue clinique, l'occlusion peut se présenter sous deux aspects différents :

a) *Occlusion aiguë complète.* — Début brutal, douleurs vives, bientôt suivies de nausées, coliques intermittentes avec arrêt complet des gaz, parfois ondes péristaltiques.

Cette occlusion aiguë semble assez rare. Dans une thèse inspirée par TIXIER, BURLATON ne peut en relever aucune observation ; mais la constatation qu'il avait faite, au cours d'interventions gynécologiques, de fréquentes adhérences unissant le sigmoïde ou le grêle aux annexes, incitait TIXIER à présumer une origine pelvienne à certaines occlusions aiguës. Personnellement, nous avons observé un cas où l'occlusion aiguë complète, survenant chez une malade anciennement opérée, évoquait à première impression l'idée d'un obstacle mécanique.

L'observation de CADENAT rapportée par Kauffmann, semble correspondre au même type clinique.

b) *Occlusion chronique progressive se complétant au moment d'une poussée nouvelle.* — Là le tableau est en général celui d'une occlusion sigmoïdienne avec cons-

tipation, douleurs, parfois même hémorragie rectale comme pour une malade de TIXIER.

Le toucher vaginal et le toucher rectal ne montrent rien, ou parfois peuvent, à bout de doigt, déceler une masse plus ou moins volumineuse cadrant du reste très bien avec l'hypothèse de cancer sigmoïdien ; et les cas sont nombreux dans lesquels, croyant intervenir pour un cancer, on trouve une salpingite adhérente.

Parfois même les lésions sont telles que le ventre ouvert, il est encore difficile d'en préciser la nature. Ainsi LEJARS fit un anus au-dessus d'un magma inextirpable pris pour un cancer ; ultérieurement l'état général ne s'aggravant pas, il intervint à nouveau et put constater qu'il s'agissait d'une salpingite enserrant le sigmoïde.

Tel encore le malade de SCHWARTZ dont nous rapporterons l'observation.

OBSERVATION XI.

M^{me} X..., 42 ans, entre le 28 avril à Bichat dans le service de M. MONDOR. Elle se plaint d'une douleur très intense dans la partie basse de l'abdomen, prépondérante à droite. Le début brutal a cependant été précédé :

- de pesanteur dans la fosse iliaque droite ;
- de fatigue ;
- de constipation.

L'interrogatoire précise en outre l'existence d'un arrêt des matières depuis cinq jours, d'un arrêt complet des gaz depuis

deux jours ; nausées sans vomissements ; température à 38°5.

Dans les antécédents, plusieurs notions importantes :

En 1924, appendicite chronique opérée en Allemagne ; en 1931, syndrome de subocclusion avec : arrêt des gaz et des matières pendant plusieurs jours, vomissements. Pendant cette période la malade a été hospitalisée dans un autre service et l'on a parlé d'adhérences péri-iléales consécutives à l'appendicectomie.

Enfin, 3^e point, cette malade souvent mal réglée, présente des pertes abondantes dans l'intervalle des règles.

L'examen pratiqué à l'entrée montre : un ballonnement de l'abdomen péri et sous-ombilical s'arrêtant vers la droite au niveau de la cicatrice d'appendicectomie. Cette zone est sonore, immobile, on ne voit se dessiner aucune reptation d'anses sous la paroi.

La palpation, sensible, et plus exquivement douloureuse dans la fosse iliaque droite ; le toucher vaginal très douloureux, montre un col utérin remonté, peu accessible, un utérus difficilement mobilisable, les culs-de-sac douloureux. On a l'impression de lésions péri-utérines dont il est impossible de préciser le volume du fait du ballonnement et de la défense abdominale.

En somme, cette malade semble avoir une occlusion de la partie terminale du grêle que la notion d'une intervention ancienne pourrait faire croire mécanique.

Mais :

les renseignements fournis par le toucher ;

l'existence d'une température à 38°5 ;

la notion de troubles gynécologiques.

font pencher le diagnostic en faveur d'occlusion intestinale consécutive à une lésion inflammatoire annexielle.

Le traitement institué consiste donc en glace sur le ventre, atropine sous-cutanée.

Le lendemain, un examen de sang confirme l'origine infectieuse :

Globules blancs	9.500
Polynucléaires	88 %
Globules rouges	4 millions

En trois jours la température est à 37° ; on fait alors trois injections de propidon à deux jours d'intervalle qui amènent une guérison apparente de tous les symptômes, tellement que la malade désire rentrer chez elle.

Mais à ce moment, l'examen gynécologique plus facile montre une rétroversion utérine, l'existence de lésions annexielles surtout marquées à droite et l'intervention est décidée, que l'on pratiquera après un mois d'apyrexie.

On trouve un double pyosalpinx, les deux trompes étant réunies par leurs extrémités, très haut sur la ligne médiane, au niveau du promontoire ; sur ces organes, deux anses intestinales sont fixées par des adhérences serrées et coudées à ce niveau sans qu'il existe de différence appréciable dans leur calibre. La section de ces adhérences intestinales étant faite, la libération des annexes est assez facile. Avant de pratiquer l'hystérectomie, on place sur une anse intestinale dépéritonisée un surjet séro-séreux.

Mise en place d'un Mikulicz. Fermeture en 3 plans.

Suites opératoires marquées par une congestion légère de la base gauche. La malade sortie le 24^e jour a été revue et n'a présenté aucun accident nouveau.

OBSERVATION XII (CADENAT).

Concernant une malade opérée en août 1927 pour périnéorraphie et fixation de l'utérus.

Entrée à l'hôpital en novembre 1928 pour occlusion aiguë avec ondes péristaltiques.

Les accidents ne cédant pas à la médication ordinaire, on intervient après un jour. Les adhérences de l'intestin avec les organes pelviens sont telles qu'il est impossible de cliver et on est obligé de faire une dérivation interne iléo-cæcale pour parer aux accidents d'occlusion. La malade est sortie apparemment guérie.

Revue en 1930. Les masses annexielles ont diminué beaucoup et le transit intestinal est parfaitement normal.

OBSERVATION XIII (Dr SCHWARTZ).

(Rapportée dans la thèse Küss.)

Concernant une femme de 40 ans ayant déjà eu des crises douloureuses dans le petit bassin et la fosse iliaque gauche.

En présence d'accidents graves d'occlusion, une intervention est décidée. On trouve tellement d'adhérences qu'on imagine qu'il s'agit d'un cancer englobant l'ovaire et l'intestin et on referme sans rien faire. Or, à la suite de cette exploration, se produit une grosse amélioration immédiate ; et ultérieurement la guérison sembla si parfaite qu'on n'eut même pas besoin d'intervenir sur les ovaires.

OBSERVATION XV.

M^{me} X..., 50 ans, entre dans le service du Prof. TIXIER le 18 juin 1913, avec le diagnostic de néoplasme du haut rectum. L'étude des antécédents montre l'existence depuis deux ou trois ans d'alternatives de diarrhée et constipation et depuis cinq mois d'une constipation opiniâtre avec écoulement de débris membraneux, épreintes douloureuses et amaigrissement de 15 kgr.

A l'examen, le toucher vaginal montre les culs-de-sac souples, l'utérus rétroversé, mobile avec, à droite, un petit fibrome. Par le toucher rectal à 10 cm. de l'orifice anal on sent sur la paroi antérieure du rectum une tumeur, irrégulière, marronnée, très mobile, du volume d'une grosse noix, tumeur ne saignant pas pendant l'examen. Cette tumeur est sentie au palper hypogastrique, un doigt restant dans le rectum. La muqueuse glisse sur la tumeur, celle-ci est donc nettement sous-muqueuse ou extra-rectale.

Opération le 25 juin 1913. Laparotomie médiane. L'utérus présente deux fibromes pédiculés sous-séreux, l'un à droite, mobile, sans adhérences, du volume d'une noix, l'autre à gauche, plus petit mais encerclé par la trompe fermée, siège d'une vieille annexite fibreuse. Cette annexite avec les fibromes forme un tout noyé dans la pelvi-péritonite plastique, très adhérente au haut rectum.

Castration à l'américaine. A la fin de l'opération, le toucher rectal montre une bride de pelvi-péritonite fibreuse constituant un rétrécissement extrinsèque et on libère cette adhérence.

Suites opératoires subfébriles jusqu'au 17 juillet, puis l'état général s'aggrave. Mort.

OBSERVATION XVI (résumée).

(Thèse BURLATON.)

Femme présentant depuis longtemps de la constipation, des épreintes et des hémorragies rectales. Entre pour occlusion aiguë. Le toucher rectal permet de sentir une tumeur haute faisant songer au cancer ; il s'agissait en réalité d'une occlusion par salpingite englobant le haut rectum.

CHAPITRE III

Formes occlusives des abcès pelviens.

Les abcès pelviens, péritonite suppurée localisée enkystée dans le Douglas, reconnaissent comme origine possible :

- l'appendicite,
- la pelvi-péritonite aboutissant à la collection,
- l'hématocèle qui suppure,
- la péritonite généralisée s'enkystant secondairement, se cloisonnant dans le pelvis.

Ces formes de péritonite généralisée s'enkystant dans le bassin ne sont pas rares. Elles peuvent donner, par coudure, brides ou compression, des phénomènes de subocclusion secondaire. Mais jamais ceux-ci ne dominant d'emblée la scène et nous n'avons pas trouvé de forme occlusive vraie dans ces affections.

Les formes occlusives des autres abcès pelviens sont également rares, les diverses conditions nécessaires pour la production du syndrome occlusif étant, somme toute, assez peu souvent réunies. Personnellement, nous avons eu l'occasion d'en observer plusieurs cas, dont nous rapporterons l'observation.

Abcès d'origine appendiculaire.

Ces abcès présentent une topographie variable :

Souvent, abcès pelviens vrais se collectant dans le Douglas, limités en haut par un plafond d'anses grêles, ils peuvent être consécutifs à une appendicite pelvienne, et c'est le cas le plus fréquent, ou bien compliquer une appendite haut située.

D'autres fois l'abcès pelvien est enkysté entre les anses grêles au niveau du promontoire ; il est la conséquence d'une appendicite méso-coeliaque difficile à explorer, particulièrement délicate à reconnaître,

Enfin, l'abcès iléo-pelvien, dont le point de départ est au voisinage du cæcum, a fusé secondairement vers le bas. Très rarement on peut noter un abcès pelvien à deux fusées latérales droite et gauche, exceptionnellement un abcès iléo-pelvien gauche correspond à un appendice gauche ou représente un abcès bi-iléo-pelvien dont la coulée droite initiale s'est résorbée.

Dans chacune de ces variétés, l'abcès peut se traduire par des signes d'occlusion, mais c'est, comme nous l'avons dit, une éventualité assez rare.

- KÖRTE, sur 4.700 opérés en 20 ans, n'a que six abcès occlusifs.
- DEEVER, une occlusion sur 110 abcès.
- GRAPS, 2 occlusions sur 62 abcès.

Du point de vue séméiologique, ces abcès se présentent sous deux aspects différents :

1° Parfois les signes habituels d'abcès sont atténués ou même inexistants, et ce qui attire l'attention, c'est un syndrome occlusif plus ou moins complet, d'apparence isolé.

Ce sont les cas où la tendance occlusive de l'abcès se manifeste d'emblée ;

2° D'autres fois, le tableau d'occlusion est précédé ou accompagné de quelques signes généraux ou fonctionnels, dysurie en particulier, attirant l'attention sur la probabilité d'une réaction inflammatoire pelvienne. Certains auteurs pensent d'ailleurs que ce dernier cas est la règle ; les abcès ne devenant occlusifs qu'à une période assez tardive de leur évolution. Nous avons cependant observé plusieurs cas où les manifestations occlusives étaient apparues très tôt, presque avant la collection de l'abcès. Et même chez un malade les phénomènes de subocclusion cessèrent par le traitement vaccinothérapique, sans nécessiter d'évacuation d'abcès.

Il est impossible, dans ce cas, d'affirmer que le malade aurait fait un abcès du Douglas, mais les signes généraux, les renseignements fournis par le toucher rectal le faisaient redouter.

Du point de vue étiologique, ces occlusions par abcès se produisent dans des circonstances diverses :

1° Ils peuvent se voir après une crise extrêmement légère, passagère qui avait été négligée ou mécon nue ; ou bien très longtemps après une crise sérieuse,

parfois plusieurs semaines de calme absolu ; et ainsi on ne pense pas, ou on hésite, à rapporter la complication à sa véritable cause ;

2° L'occlusion peut apparaître chez un malade que l'on suit journellement au déclin d'une crise appendiculaire ou après une intervention.

Dans certains cas, le diagnostic sera facile. Alors que tout semblait calme, apparaissent des signes péritonéaux, en même temps que la température monte progressivement.

On pense immédiatement à la formation d'un abcès, la palpation montrant une fosse iliaque et la région lombaire parfaitement libres, on explore systématiquement le Douglas.

Le toucher rectal montre un pelvis empâté et c'est en suivant, en contrôlant l'évolution que l'on voit apparaître, en même temps que la collection se précise, des phénomènes d'occlusion.

Chez un autre malade, l'abcès se forme insidieusement, sans donner de signes généraux ou fonctionnels et quand apparaît l'occlusion, celle-ci semble résumer tout le tableau clinique. Cependant, au toucher rectal, on perçoit une masse énorme dont le volume surprend, mais dont la perception éclaire immédiatement le diagnostic.

Dans un dernier cas, le plus difficile à interpréter, ce sont toujours les phénomènes subocclusifs ou occlusifs qui ouvrent la scène et forcent l'attention. Guidé par les antécédents ou pour effectuer un examen complet, on pratique le toucher rectal. Mais, celui-ci

ne révélant rien de particulièrement précis, on a tendance à méconnaître l'origine pelvienne et pourtant il peut exister un abcès méso-coeliaque, enkysté, hors de portée du doigt et très difficilement explorable. Ou bien c'est un abcès bas situé, mais très petit, à peine collecté, se traduisant d'emblée et avant tout par des signes d'occlusion.

C'est dans ces cas particulièrement difficiles que l'on doit s'aider de recherches complémentaires, comme l'étude de la leucocytose et peut-être aussi l'exploration radiologique prudente.

OBSERVATIONS

Parmi les observations anciennes, citons celles de Haekel opérant une jeune fille de 20 ans en occlusion complète et trouvant un abcès volumineux au niveau du promontoire ; et celle de Lardennois concernant un malade en occlusion, avec ondes péristaltiques, pour lequel il craignait un cancer cæcal et qui présentait en réalité un abcès appendiculaire.

OBSERVATION XVII.

(D^{rs} ROBINEAU, PORCHER, DOSSOT.)

Malade présentant des signes vésicaux tels qu'il a été adressé à un spécialiste des voies urinaires. Celui-ci l'adresse au D^r PORCHER pour une cystographie. Au cours d'un examen sous écran le D^r PORCHER constate qu'il existe des signes probables d'occlusion du grêle, présomption que confirme un autre examen après lavement baryté le 2 octobre 1932.

L'intervention, pratiquée le 5 octobre 1932 par le Dr ROBINEAU, montre qu'il s'agissait en réalité d'un abcès pelvien sur le côté droit de l'utérus et un peu en arrière, avec comme origine probable, une appendicite pelvienne.

OBSERVATION XVIII.

M. B..., opéré le 31 mai 1933 dans le service de M. MONDOR à l'Hôpital Bichat pour appendicite perforée ; drainage de Goldmann dans le Douglas.

Les suites opératoires furent d'abord satisfaisantes, la température tombant rapidement à 37°2 et s'y maintenant. Mais bientôt l'état général s'altéra, et apparurent quelques troubles abdominaux.

L'examen : le 15^e jour après l'intervention fit constater une reptation d'anses sous la paroi. Le toucher rectal montra un empâtement pré-rectal, mais comme la température était toujours à 37°2, on hésitait à porter le diagnostic d'abcès. L'examen de sang montra :

Globules blancs	26.400
Polynucléose	81,5 %

La rectotomie pratiquée immédiatement amena l'issue d'une quantité importante de pus fétide et la cessation rapide des phénomènes occlusifs.

OBSERVATION XIX (Dr HUET).

Malade entré dans un service de médecine, présentant des phénomènes de subocclusion apparus après une crise douloureuse légère du flanc droit. A cause de l'état général déficient,

et s'aggravant tous les jours, le diagnostic est porté d'occlusion par péritonite tuberculeuse. M. HUET examinant le malade fit un toucher rectal ; il sentit une masse importante, dépressible, manifestement un abcès collecté, que les antécédents douloureux permirent de rattacher à une appendicite méconnue.

L'évacuation de l'abcès par rectotomie amena très rapidement la cessation des phénomènes occlusifs et l'amélioration de l'état général.

OBSERVATION XX (D^r LEROY).

Malade vient en état d'occlusion complète depuis 48 heures. Ballonnement, ondes péristaltiques, crises douloureuses intermittentes, vomissements. La température est à 38° ; l'interrogatoire apprend par ailleurs l'existence d'une crise douloureuse datant de six jours et qui avait été négligée. L'examen minutieux montre un empâtement de la paroi au-dessus et en dedans de l'épine iliaque.

L'incision sus-épineuse donna issue à une très grosse quantité de pus. Il s'agissait d'un abcès iléo-pelvien. Très rapidement le malade eut des gaz.

Mais, 36 heures après : état subitement alarmant, état de collapsus et mort.

OBSERVATION XXI (D^r CARTERET).

M^{lle} D..., âgée de 19 ans, vient à l'hôpital Boucicaut pour une crise douloureuse ayant débuté le matin même. L'examen montre une douleur appendiculaire, un peu de défense, pas de température.

A l'intervention, on trouve un appendice rétro-cæcal fixé par son extrémité. A la fin de l'intervention il persiste un léger saignement dans la fosse iliaque droite, aussi place-t-on une mèche au contact. Fermeture en 3 plans. La mèche, retirée le 3^e jour est remplacée par un drain que l'on enlèvera le 6^e jour. Jusqu'au 12^e jour les suites opératoires sont très satisfaisantes. La température est à 37°5 ; le 12^e jour un clocher à 39° ne s'accompagne d'aucun trouble abdominal ; la plaie encore entr'ouverte a bel aspect.

Cependant le toucher rectal montre un point douloureux haut situé. La température tombe rapidement et le 15^e jour elle est de nouveau à 37°5.

Le 18^e jour, apparaissent deux phénomènes importants : vomissements, ballonnement de l'abdomen. Le ventre rapidement très distendu, tympanique est parcouru d'ondes péristaltiques ; les vomissements intermittents sont verdâtres, poracés, l'arrêt des gaz est complet. La température est toujours aux environs de 37°. On pratique des injections de sérum hypertonique et un examen de sang. La numération globulaire donne les résultats suivants :

Globules rouges	4.500.000
Globules blancs	17.500
Polynucléaires	90 %

Sur ce résultat un nouveau toucher rectal montre une masse molle déprimant la paroi antérieure du rectum mais à peine sensible au toucher. Le lendemain, une incision trans-rectale amène une grosse quantité de pus fétide et très rapidement s'amendent les phénomènes occlusifs. La malade est sortie complètement guérie deux semaines après.

OBSERVATION XXII (personnelle).

Enfant G..., âgé de 6 ans.

Opéré pour appendicite gangréneuse dix jours auparavant. Dès le lendemain de l'intervention la température tombe à 37°5 et se maintient à 37°. Le 10^e jour un clocher à 39° ne s'accompagnant d'aucun trouble abdominal ; quatre jours après, alors que la température était redevenue normale, vomissements très importants, distension rapidement énorme du ventre, ondes péristaltiques visibles sous la paroi. Arrêt complet des gaz.

Le traitement par le sérum intra-veineux et par lavement n'amène aucune sédation. Le toucher rectal, négatif le premier jour, montre le lendemain une région douloureuse, à bout de doigt. Une ponction trans-rectale pratiquée avec un gros trocart n'amène aucun résultat. Un examen de sang pratiqué montre :

Globules blancs	12.000
Polynucléaires	80 %

Devant l'état angoissant du malade, par l'angle inférieur de la plaie encore ouverte, on cherche avec le doigt à se faire un chemin. On est assez heureux d'atteindre un abcès situé contre le promontoire, l'évacuation de deux cuillerées à soupe de pus amène une amélioration extrêmement rapide et à dater de ce jour suites opératoires normales.

Formes occlusives des pelvi-péritonites suppurées.

Au stade initial de pelvi-péritonite, que celle-ci soit due à des lésions annexielles importantes ou qu'elle paraisse primitive, les phénomènes de sub-occlusion sont très fréquents, mais il s'agit plutôt de parésie intestinale au contact d'une séreuse enflammée, que d'occlusion vraie.

Ultérieurement, après cette flambée, en même temps que se précise une collection dans le Douglas, peuvent apparaître des signes d'occlusion. Dans ce cas comme pour les abcès survenant au déclin d'une crise franche d'appendicite, l'attention étant attirée d'emblée vers le pelvis, le diagnostic n'est guère délicat. La difficulté devient plus grande lorsque l'épisode aigu a été peu important et qu'une occlusion semble se déclarer sans antécédents nets.

Ces formes véritablement occlusives de la pelvi-péritonite suppurée nous semblent rares et nous en avons observé un seul exemple à l'hôpital Bichat.

OBSERVATION XXIII.

M^{me} B..., âgée de 34 ans, entre à l'hôpital le 25 juin 1934 pour une crise douloureuse abdominale. La douleur a débuté au bas-ventre ; s'est ensuite localisée dans l'épigastre ; elle s'accompagne d'une température à 38 et de vomissements très fréquents, très abondants et persistants.

L'examen pratiqué à l'entrée ne montre rien de très précis et le diagnostic s'oriente vers une affection vésiculaire. La malade soignée en médecine présente une période d'accalmie incomplète et bientôt se précise le syndrome d'occlusion.

Examen le 12 juillet.

A la constipation rebelle a succédé un arrêt des gaz complet depuis deux jours. Il n'y a pas de vomissements, mais il existe des douleurs abdominales continues sur le fond desquelles apparaissent des crises intermittentes très vives. Parallèlement la température qui était redevenue normale très rapidement, s'est élevée à 38°5 ; l'examen de l'abdomen montre un ballonnement très important, du tympanisme en cadre ; il n'existe pas d'ondes péristaltiques, mais au stade tout à fait initial, ces reptations d'anses sous la paroi avaient été nettement perçues.

L'examen gynécologique montre, située en arrière, dans le Douglas, une masse médiane, bombant plutôt vers le rectum que vers le vagin, déprimant sa paroi antérieure et manifestement à l'origine des accidents.

L'examen de sang montra :

Globules blancs	14.000
Polynucléaires	87 %

Une colpotomie pratiquée le 13 juillet donne issue à une quantité importante de pus et amène une guérison rapide.

L'examen à la sortie montre un utérus en position normale, mobile ; les annexes douloureuses ne paraissent pas augmentées de volume.

La malade revue depuis n'a présenté dans les suites éloignées, aucun incident et actuellement, les organes pelviens ne semblent plus porter trace des accidents infectieux.

Formes occlusives des hématoécèles suppurées.

Les formes occlusives des hématoécèles sont fréquentes à tel point que PINARD formulait la règle suivante : « En cas d'occlusion au début d'une grossesse, il faut toujours suspecter la grossesse extra-utérine. »

Par contre, les occlusions dans les hématoécèles rétro-utérines, enkystées, suppurées, nous semblent exceptionnelles, cela s'expliquant aisément par la rareté de la suppuration des hématoécèles, celles-ci étant fort heureusement reconnues avant ce stade.

Nous avons lu 2 observations d'occlusion dans les hématoécèles suppurées, mais les phénomènes occlusifs n'étaient qu'une manifestation secondaire.

Dans l'observation de BORRE l'occlusion apparut après une ouverture spontanée dans le rectum qui amena une coudure intestinale par affaissement de la poche.

Dans l'observation de BÉHAM, très ancienne, l'occlusion chronique secondaire était due à l'enserrement du rectum dans une gangue cicatricielle.

Les observations précédentes comportent quelques conséquences dont il convient de souligner l'importance.

Parmi les signes cardinaux de l'occlusion : arrêt des gaz, ballonnement, crises douloureuses intermittentes avec ondes péristaltiques, vomissements, il n'en est aucun qui ne puisse se voir dans une occlusion d'origine inflammatoire. Les ondes péristaltiques, en particulier, qui pour beaucoup caractérisent l'obstacle mécanique, peuvent parfaitement se voir dans un abcès pelvien.

Les signes radiologiques, eux-mêmes, sont absolument comparables dans les deux cas.

Sans préparation, on a pu voir des signes d'occlusion du grêle ou considérés comme tels, par exemple, la disposition arquée des anses grêles. Mais peut-être celle-ci n'a pas la valeur que lui accordent les auteurs allemands. En effet, un de nos malades, au lendemain d'une intervention pour plaie pénétrante de l'abdomen, présentait une grosse distension abdominale avec arrêt complet des gaz. On pouvait craindre une plaie d'un viscère creux, passée inaperçue, aussi fit-on un examen radiologique. Il n'y avait pas de croissant gazeux au-dessus du foie ; par contre, on notait une disposition arquée, absolument typique des anses grêles ; et pourtant, il s'agissait d'une simple distension

par les gaz post-opératoires puisque le ballonnement disparut très rapidement après administration de sérum hypertonique.

Dans certains cas, on a pu examiner l'occlusion après lavement baryté. en procédant avec une grande douceur et dans les conditions de prudence énoncées par Pierre DUVAL, c'est-à-dire le chirurgien se tenant prêt à intervenir le cas échéant. On a vu, dans ces conditions, un cadre colique aplati mais perméable, entourant une vaste plage claire d'aéro-iléie faisant porter le diagnostic d'occlusion du grêle (PORCHER).

D'autres fois, même, les signes sont tellement explicites qu'ils pourraient induire en erreur. Ainsi, pour une malade que M. MONDOR soignait pour annexite s'accompagnant de signes d'obstruction, la radio pratiquée montra une image typique de cancer sigmoïdien et pourtant, à l'intervention, il s'agissait bien d'une salpingite.

DEUXIÈME PARTIE

Étude des éléments importants pour le diagnostic des occlusions inflammatoires.

Les phénomènes d'occlusion disparaissent, dans la règle, très rapidement par le simple traitement de la lésion causale. Au contraire, les cas fréquents où le diagnostic n'ayant pas été fait, le traitement fut dirigé à l'aveugle contre l'occlusion elle-même, se terminèrent généralement par un désastre.

C'est dire l'intérêt qui s'attache à une étude sérieuse, méticuleuse de tout signe qui, devant une occlusion aiguë, orientera le diagnostic vers l'étiologie exacte.

Nous insistons encore une fois sur ce fait que nous négligeons les cas dans lesquels l'occlusion évolue parallèlement à des signes infectieux importants, la relation entre les deux étant facile à établir. Nous avons particulièrement en vue les cas nombreux où l'infection évoluant à bas bruit, en second plan, il faut faire un effort pour la rechercher. Même dans ces cas, il est rare que l'on n'arrive pas à reconnaître la nature de l'occlusion si l'on fait un examen complet,

s'attachant surtout à l'étude de certains points importants que nous allons préciser.

L'interrogatoire.

L'interrogatoire soigneux s'attachera à préciser :

- les antécédents éloignés ;
- le mode de début ;
- les signes contemporains de la crise.

Les antécédents éloignés peuvent révéler un passé gynécologique ou appendiculaire chronique. TIXIER, chez une malade dont les signes étaient ceux d'une occlusion par cancer rectal haut situé, supposa qu'il pouvait s'agir d'une lésion annexielle parce que la femme avait des signes très anciens de salpingite.

En étudiant le mode de début on retrouve parfois un épisode aigu : douleur brusque, vomissements précoces, et cette notion oriente aisément le diagnostic. Mais il faut savoir, dans certains cas, remonter plus loin ; les accidents pouvant se voir longtemps après une crise, plusieurs semaines, si bien que l'on peut hésiter à rattacher les deux manifestations.

Ou bien la crise, extrêmement légère, a fait penser à une indigestion que souvent semble confirmer une amélioration passagère et ce n'est qu'après cette accalmie traîtresse qu'apparaissent des accidents plus graves.

Les signes contemporains de la crise doivent être également recherchés et interprétés. C'est ainsi que la dysurie conserve une valeur de premier ordre. Elle

ne doit pas faire penser systématiquement à une affection de l'arbre urinaire.

Elle peut, dans certains cas, être seule à attirer l'attention sur le bassin comme le montre l'observation de HEITZ-BOYER, qui pensa à une lithiasc rénale alors qu'il s'agissait d'un appendice méso-cœliaque ; de même, un malade présentait des signes urinaires tels qu'il fut adressé au Dr PORCHER pour une cystographie et, à l'intervention, il s'agissait d'une appendicite pelvienne.

D'autres fois, au lieu de la simple dysurie, il peut exister de la rétention d'urine et il ne faut pas parler de phénomènes réflexes, mais bien suspecter une cause pelvienne à cette occlusion.

Le ténésme rectal est un symptôme plus rare, mais dont l'existence fait immédiatement songer à une irritation péri-rectale.

La température.

L'existence d'une hyperthermie, même légère, même passagère est très certainement un élément capital. Dans toutes les observations que nous avons lues, la température n'était jamais complètement normale. C'est également l'opinion de Raymond BERNARD qui, étudiant l'appendicite occlusive chez le vieillard, conclut à l'importance primordiale de la température. Mais cette hyperthermie est souvent insignifiante, 37°5, 38° ; ou bien elle est normale au moment de l'examen et ce n'est que dans la courbe thermique des

jours précédents qu'il est possible de retrouver un petit clocher.

En dehors des cas où les malades sont suivis après une appendicectomie, par exemple, cette notion ne joue d'ailleurs pas, les malades ayant négligé le plus souvent de prendre leur température. On recherchera alors l'existence de petits frissonnements, de sensation de froid traduisant un déséquilibre thermique.

En conclusion, nous dirons : l'hyperthermie étant tout à fait exceptionnelle, même légère dans l'occlusion mécanique, étant au contraire habituelle dans l'occlusion inflammatoire, sa constatation revêt une grande importance pour la précision du diagnostic.

Recherche de la réaction péritonéale.

Dans un gros ventre distendu par une occlusion, surtout au moment des contractions douloureuses, il existe une tension, une résistance de la paroi, mais on ne trouve jamais de contracture. Au contraire, au cas d'appendicite on peut souvent, en palpant doucement, longuement, trouver enchassée dans la paroi une zone contracturée, douloureuse, dont la perception certaine, même si elle apparaît un signe isolé, doit emporter la décision.

Mais la notion capitale trop souvent négligée, c'est que dans ces formes pelviennes la réaction péritonéale ne s'extériorise pas toujours au niveau de la paroi abdominale. Il faut savoir la rechercher plus

bas, par deux examens qui doivent être de règle car ils éclairent souvent un diagnostic longtemps indécis que seul un examen incomplet avait rendu difficile.

Toucher rectal. — Le toucher rectal doit être un geste obligatoire dans l'examen de tout syndrome abdominal aigu. Combien de malades ont traîné longtemps un état infectieux, cachectisant qui auraient été soignés et guéris aisément si cet examen avait été pratiqué ! Encore faut-il le pratiquer avec soin, faire selon l'expression d'HARTMANN « un toucher appuyé » et savoir exactement ce qu'on peut en attendre.

Ainsi, au cours d'une crise d'appendicite pelvienne, dans les premières heures, on peut déterminer en avant et à droite un point douloureux exquis, très net, localisé qui est l'équivalent des points abdominaux dans l'appendicite normale et dont l'importance est telle que, dit MONDOR « on devrait l'appeler point de ROTTER si l'on voulait avoir quelque reconnaissance à celui qui a fait sur le sujet le meilleur travail ».

A une deuxième période, on sent au-devant du rectum, au-dessus de la prostate, une zone empâtée, résistante, un peu douloureuse ; à ce moment rien n'est très net, une anse un peu distendue, coincée dans le Douglas peut donner la même sensation. Aussi à ce stade est-il prudent de s'abstenir de toute manœuvre.

Au contraire, en cas d'abcès on peut trouver une masse très grosse dont le volume surprend, car très souvent, ces abcès se sont installés sans phénomènes

infectieux marqués. On a l'impression parfois d'une tête de fœtus déprimant le rectum. Au centre, cette masse est un peu rénitente, mollassse et il n'y a aucune peine à reconnaître une collection suppurée. On peut, en plus, noter certains signes secondaires : béance de l'anوس, turgescence du bourrelet anal, œdème de la paroi rectale au-dessous de la collection, écoulements glaireux. Cette rectite étant un bon signe de pré-perforation et commandant l'évacuation rapide.

Ayant dit les indications précieuses que l'on peut obtenir du toucher rectal, il faut reconnaître que dans certaines formes hautes l'exploration peut être négative, cela expliquant la gravité des affections méso-cœliques, trop basses pour la palpation abdominale, trop hautes pour le toucher rectal, très souvent méconnues et dont le danger provient d'un diagnostic longtemps incertain et du masque occlusif qu'elles empruntent volontiers.

Toucher vaginal. — Le toucher vaginal que l'on pratiquera systématiquement lorsqu'il est possible, peut montrer une collection postérieure remplissant le cul-de-sac de Douglas, repoussant l'utérus en avant. Mais avant d'assurer la nature suppurée de cette collection, il faut penser à une hématoçèle enkystée. La différenciation entre les deux étant en fait délicate ; la température ne peut plaider en faveur de l'abcès puisqu'elle se voit dans une hématoçèle en résorption et en définitive, seul l'interrogatoire précisant l'existence de troubles menstruels, de pertes noirâtres, de

petites syncopes répétées peut avoir quelque utilité. La ponction du Douglas est en tous les cas indispensable avant tout traitement chirurgical.

Cette distinction établie, on peut chercher à préciser l'origine de la collection suppurée, appendiculaire ou gynécologique, en se basant sur les antécédents, le mode de début, le siège exact de la collection.

Dans les salpingites occlusives, le toucher précise l'état des culs-de-sac, en général douloureux, cependant il n'est pas rare que ceux-ci paraissent libres, les salpingites occlusives étant souvent des formes hautes. La perception d'un col remonté, difficile à atteindre est un bon signe de la situation haute des annexes attirant vers le haut l'utérus. C'est souvent le seul appréciable, car le ventre ballonné des premiers jours rend impossible par le palper abdomino-vaginal l'appréciation de la masse annexielle.

D'autres fois, au contraire, on perçoit une masse arrondie plus ou moins séparée de l'utérus, douloureuse, tendant à bomber vers le Douglas et correspondant généralement à un pyosalpinx. Mais ce n'est pas sans difficulté et sans hésitation que l'on arrive à ce diagnostic.

Une masse latérale, distincte de l'utérus, s'accompagnant d'occlusion, peut fort bien être le fait d'une lésion non inflammatoire :

Tumeur du ligament large ;

Fibrome ;

Kyste de l'ovaire tordu.

On se rappellera que l'occlusion par fibrome est l'apanage des femmes âgées, porteuses de fibrome calcifié. Mais la différenciation la plus difficile est celle d'un kyste de l'ovaire tordu ayant rapidement tendance à s'infecter. Comme pour le pyosalpinx, la température peut être au-dessus de la normale, le toucher est douloureux ; on penchera en faveur d'un kyste tordu lorsque la masse perçue au toucher est très grossé, lorsqu'il n'y a pas d'infection gynécologique ancienne, lorsqu'on a l'impression que la masse croise l'utérus en avant.

En terminant, rappelons qu'il faut être extrêmement prudent pour rapporter à une masse pelvienne un syndrome d'occlusion. Se rappelant les occlusions combinées dans lesquelles l'obstacle réel est plus haut situé, il faut par le toucher rectal et le toucher vaginal, apprécier autant que possible si le volume, la fixité de la masse peuvent être des facteurs suffisants pour déterminer l'occlusion.

L'examen de sang.

C'est à HAYEM que revient l'honneur d'avoir montré l'intérêt qui s'attache à l'étude de la formule leucocytaire. Cette recherche est pratiquée d'une façon suivie dans le service de M. MONDOR et, en étudiant les divers résultats, nous avons pu nous convaincre de l'utilité de l'examen hématologique.

Jusqu'à maintenant, dans les syndromes aigus, les examens de sang n'ont pas été pratiqués systématique-

ment, les recherches de laboratoire apparaissant de prime abord tout à fait secondaires en regard de l'urgence du traitement chirurgical. Il ne faut pas non plus considérer comme exacts les chiffres que l'on obtient par examen pratiqué après intervention, car le choc opératoire peut certainement modifier à lui seul les résultats, en général dans le sens de l'augmentation du nombre des leucocytes.

Parmi les malades dont nous avons donné l'observation, plusieurs ont eu des examens de sang ;

M. M..., opéré en 1929.

Globules blancs	14.000
Polynucléaires	77 %
Globules rouges	4.100
Appendicite.	

M^{me} N...

Globules blancs	13.000
Polynucléaires.....	73 %
Appendicite.	

M. B...

Globules blancs	26.400
Polynucléaires	81,5 %
Abcès du Douglas	

M. F... opéré d'appendicite aiguë le 15 janvier.

Signes de subocclusion le 24 janvier.

Examen du sang :

Polynucléaires	80 %
Globules blancs.....	18.000
Abcès du Douglas	

M^{lle} D...

Globules blancs	17.500
Polynucléaires	90 %
Abcès du Douglas	

Enfant G..., occlusion le 14^e jour après appendicectomie.

Globules blancs 12.000

Polynucléaires 80 %

Abcès enkysté méso-cœliaque.

M^{me} B...

Globules blancs 14.000

Polynucléaires 87 %

Pelvi-péritonite sup-
purée.

M^{me} K...

Globules blancs 9.500

Polynucléaires 88 %

Salpingite occlusive.

Ainsi, nos observations dans lesquelles l'examen de sang a été pratiqué ne sont pas très nombreuses, mais les résultats nous paraissent relativement fixes. D'autre part, il serait illogique de supposer qu'une lésion inflammatoire donnant de l'hyperleucocytose ne se comporterait pas de même lorsqu'elle se complique de syndrome occlusif.

Transportée ainsi sur un plan général, la question peut recevoir une réponse basée sur un très grand nombre d'observations concordantes établissant que, dans toute lésion inflammatoire, il existe en général de la polynucléose.

Et certains auteurs pensent même que son degré peut guider pour apprécier l'intensité de l'affection :

Une leucocytose à 15.000 correspondant à une virulence moyenne ;

Un taux de 25.000 pouvant faire craindre un abcès.

Par conséquent, d'après les observations précé-

dentes et par similitude, on peut considérer comme habituelle une hyperleucocytose marquée en cas d'occlusion intestinale d'origine inflammatoire.

Par contre, dans trois cas d'occlusion mécanique, nous avons eu les résultats suivants :

M. L..., occlusion par cancer sigmoïdien.

Globules blancs 7.000

Polynucléaires 70 %

M. C..., volvulus du côlon pelvien.

Globules blancs 7.500

Polynucléaires 71 %

M. C .., occlusion par bride.

Globules blancs 6.500

Polynucléaires : 70 %

Les résultats généralement admis, basés sur un grand nombre d'observations, ne sont pas exactement comparables. Habituellement, on considère qu'il existe dans toute occlusion aiguë une augmentation des globules blancs ; ce point n'étant qu'un des éléments du syndrome biologique de l'occlusion :

- hyperglycémie ;
- hypochlorurémie ;
- hyperazotémie ;
- concentration sanguine.

Mais cette élévation de la leucocytose est peu marquée ; elle semble osciller entre 8 et 9.000.

Typiquement, il existe donc une différence très nette dans le taux de la leucocytose, suivant la nature de

l'occlusion ; et l'étude de la formule sanguine est précieuse en bien des cas.

Chez un malade traité dans le service de M. MONDOR et présentant une occlusion avec reptation d'anses sous la paroi, sans température, seul l'examen de sang montrant 26.500 globules blancs fit affirmer le diagnostic d'abcès ; et pourtant, au toucher, on trouvait seulement un mur pré-rectal dont il était très difficile de préciser la nature.

Egalement, pour la malade du D^r CARTERET, seul l'examen de sang pratiqué après plusieurs touchers, peu explicites, fit assurer le diagnostic d'abcès.

Cependant, ces variations de la formule leucocytaire ne correspondent pas toujours au schéma que nous avons indiqué.

Le taux des globules blancs peut rester normal lorsque l'affection est particulièrement toxique, ou évolue sur un organisme fatigué, inapte à réagir, ou enfin lorsqu'un abcès s'enkyste et se stérilise.

Par contre, les occlusions mécaniques, à un stade tardif, pré-sphacélique, s'accompagnent d'une leucocytose beaucoup plus marquée qu'à la période initiale. Elles peuvent également s'accompagner de réactions inflammatoires de voisinage, déterminant elles-mêmes une leucocytose ; en dernier lieu, il faut signaler les leucocytoses pré-agoniques.

Par conséquent, il ne faut pas attendre de l'étude de la leucocytose plus qu'elle ne peut donner. Ce n'est qu'un signe supplémentaire qui peut être pris en défaut, mais dont la valeur est certaine. Dans les cas

douteux, son étude revêt une importance de premier ordre. Il y aurait un intérêt certain à faire un examen de sang systématique au cours de tout syndrome abdominal aigu et en particulier au cas d'occlusion.

Cette recherche, simple, pourrait être facilement exécutée d'une façon extemporanée, tout au moins dans les services hospitaliers disposant de l'appareillage d'un laboratoire.

Examen radiologique.

Les examens radiologiques des occlusions aiguës ne sont pas encore pratiqués d'une façon habituelle. Les explorations sans préparation semblent cependant devoir fournir, sans danger et rapidement, des précisions utiles pour le diagnostic.

Si l'on constate des images en tuyaux d'orgue, des dispositions arquées des anses, on peut déjà supposer qu'il n'y a pas d'obstacle sur le gros intestin et qu'il s'agit d'une occlusion sur le grêle.

Mais est-il possible de préciser l'origine pelvienne de l'occlusion ? PORCHER accorde une certaine valeur aux signes suivants :

- Opacité relative de la région pelvienne vide d'anses intestinales, contrastant avec la clarté anormale de l'abdomen. Chez un malade présentant un abcès appendiculaire occlusif, cette différence de clarté était manifeste.

— Intolérance relative du rectum à la distension gazeuse.

En faveur d'une lésion inflammatoire, certains donnent la disposition en damier des anses grêles traduisant leur agglutination autour du foyer. Mais ces signes n'ont pas une valeur absolue et, en réalité, il n'en existe aucun permettant de localiser avec certitude le siège de l'occlusion.

Quant à la radiographie après lavement baryté, elle doit, nous l'avons vu, être pratiquée avec une extrême prudence.

Elle peut montrer l'existence d'un obstacle pelvien enserrant le sigmoïde ou bien une perméabilité complète du cadre colique situant l'obstacle au niveau des anses grêles ; enfin, on a pu préciser, dans certains cas, le siège appendiculaire d'un point douloureux.

TROISIÈME PARTIE

Pathogénie des occlusions infectieuses.

Les occlusions complètes que l'on peut voir au cours des infections pelviennes peuvent donc présenter un des trois types suivants :

- *aiguë*, comme dans beaucoup de cas où l'occlusion est contemporaine d'une crise d'appendicite ;
- *subaiguë*, progressive, accompagnant la formation d'un abcès du Douglas ;
- *chronique*, à poussées successives dans beaucoup de cas de salpingite, pour lesquels la forme occlusive vraie est précédée de poussées antérieures plus ou moins nombreuses et qui, paraissant guérir, avaient laissé un reliquat prédisposant à l'occlusion.

Dans les occlusions aiguës ou subaiguës progressives, plusieurs facteurs peuvent entrer en ligne de compte :

1° La parésie de la musculature intestinale au contact d'une séreuse enflammée.

Celle-ci pouvant être déclanchée par un double mécanisme :

Soit l'irritation rapide de la séreuse par simple voisinage, amenant selon la loi de STOCKES une paralysie de la musculuse ;

Soit processus réflexe, action sur les terminaisons sensitives sympathiques d'où inhibition intestinale d'origine médullaire.

Dans les deux cas, par conséquent, le point de départ est local, le mécanisme pouvant être direct ou réflexe.

2° Le spasme dont l'action n'a jamais été démontrée pourrait entrer en ligne de compte, mais d'une façon exceptionnelle.

3° Les compressions :

a) Compression par l'appendice. Ce point a été particulièrement étudié dans un travail récent de PALIOS inspiré par Pierre DELBET.

Les appendices longs, flottants, sont le plus souvent en cause ; ils peuvent agir :

— par étranglement du grêle,

— par simple compression du grêle par l'extrémité de l'appendice.

Ce rôle mécanique de l'appendice, dans les occlusions aiguës, est d'ailleurs à rapprocher du rôle que peut jouer l'appendicite chronique dans certaines stases iléales. En effet, plusieurs fois, pratiquant l'appendicectomie chez des malades étudiés de très près dans leur

transit intestinal et présentant de la stase iléale, nous avons trouvé comme un spasme, un sillon circulaire très net, en regard de l'extrémité de l'appendice, sans qu'il y ait d'adhérences marquées.

b) Compression par un abcès du Douglas comprimant le rectum.

Dans un cas particulièrement net de SAUZÈDE, le rectum était entouré de toutes parts par du pus déterminant un adossement de la muqueuse et empêchant ainsi le cours des gaz.

c) Compression du sigmoïde par une salpingite suppurée réalisant, dans certains cas, une image radiologique exactement comparable à celle que donne un cancer sigmoïdien.

4° Mais à côté de ces différentes causes, il faut insister sur certains facteurs liés à l'inflammation, qui sont en général passagers et disparaîtront lorsque la cause sera traitée. Nous voulons parler :

- de l'œdème au contact d'un foyer suppuré qui imbibe les parois intestinales, les épaisse et obscurcit ainsi la lumière intestinale ;
- des placards siégeant autour des anses grêles, les agglutinant, les coudant et constituant ainsi une barrière relative entre la suppuration et la grande cavité. Ces placards fibrineux, plus ou moins épais, sont peu organisés et disparaissent très généralement après l'évacuation de l'abcès.

Cette notion de l'importance des lésions purement inflammatoires : œdème, placards, explique comment le traitement anti-infectieux peut être agissant contre l'occlusion et peut, dans certains cas, être suffisant à assurer la guérison.

Lorsque les lésions inflammatoires sont anciennes, d'autres causes peuvent se surajouter. Les adhérences, les brides, jouent souvent un très grand rôle.

Elles peuvent d'ailleurs se fermer très rapidement — même la bride la plus épaisse — ou au contraire apparaître tardivement comme un processus de guérison des lésions pelviennes.

Et certains auteurs sont d'avis que si les infections pelviennes peuvent déterminer une occlusion, c'est surtout à un stade tardif de leur évolution, lorsqu'il y a organisation fibreuse. Cependant le doute n'est pas possible : La tendance occlusive peut exister d'emblée avant l'apparition de toute adhérence serrée.

Il n'en reste pas moins que des brides peuvent venir compléter l'occlusion et en compliquer le traitement. C'est dire l'importance du choix du moment de l'intervention que l'on doit pratiquer avant la formation de péri-iléites importantes.

QUATRIÈME PARTIE

Traitement.

Le traitement médical de l'occlusion, associé au traitement propre de la lésion inflammatoire, amène, dans la règle, la cessation des accidents. Cependant, ceux-ci peuvent persister et s'aggraver ; et, en présence d'ondes péristaltiques, vomissements répétés, atteinte de l'état général, il faut savoir se décider à un acte chirurgical pour parer aux dangers d'intoxication.

CHAPITRE I

Traitement médical.

Les produits employés couramment et avec grand profit sont au nombre de trois.

La péristaltine, à doses prudentes, ne présente pas les dangers que certains lui ont attribués lorsqu'il existe un obstacle serré, invincible.

L'atropine a une action remarquable qui se manifeste par une régularisation de la circulation sanguine, une diminution de la douleur, du spasme, des phénomènes inflammatoires locaux, des vomissements. Son emploi est très recommandable, mais les doses usuelles doivent être assez élevées, il ne faut pas craindre d'employer un milligramme par jour.

Mais surtout, grâce aux travaux de Léon BINET, la thérapeutique s'est enrichie d'une médication nouvelle, précieuse dans tous les cas d'occlusion intestinale pour lutter à titre préventif ou curatif contre l'intoxication.

En effet, dans le syndrome humoral de l'occlusion, l'hypochlorurémie occupe la place la plus importante. Elle est à peu près constante. Cependant des travaux plus récents insistent sur l'intérêt que présente l'étude

du rapport globulaire, celui-ci étant toujours modifié, même si la quantité totale des chlorures est normale.

L'absorption de sel par l'organisme, en même temps qu'elle rend normaux le taux des chlorures sanguins et le rapport globulaire, ramène parallèlement un abaissement de l'urée sanguine. Aussi la thérapeutique par la réchloruration est-elle entrée dans l'habitude. GOSSET, BINET et PETIT-DUTAILLIS concluent qu'il faut l'employer dans toutes les occlusions, de quelque origine qu'elles soient.

On peut employer :

1° Le sérum isotonique sous-cutané ou rectal qui, administré en grandes quantités, réalise comme un lavage de l'organisme ;

2° Les injections intra-veineuses de sérum hypertonique ayant pour effet d'augmenter la diurèse, d'exciter le péristaltisme intestinal, de faire baisser le taux de l'urée.

Les solutions employées étant à 20 % ou 10 %, GOSSET donne la préférence à la solution 10 % ; mais ce qui importe, et il faut y insister, c'est la nécessité de :

pousser l'injection extrêmement lentement,
faire une grosse quantité de sel jusqu'à 20 gr. par
jour, dans les cas très graves,
contrôler les résultats par le bilan des chlorures
et la vérification du rapport globulaire.

Nous avons vu, en effet, chez un de nos malades,

apparaître de l'œdème des membres inférieurs après une réchloruration intense ; l'examen montra à ce moment un rapport inversé et l'œdème disparut rapidement après cessation de la médication chlorurée ;

3° Le sérum hypertonique peut être également administré en lavements à garder : 100 gr. d'eau avec une cuillerée à soupe de gros sel ; sous cette forme les effets sont peut-être moins marqués, en particulier en ce qui concerne l'augmentation de la diurèse, mais, il est absolument certain que ce mode d'administration agit efficacement sur la motricité intestinale et il est d'un usage particulièrement aisé, et recommandable chez les enfants.

CHAPITRE II

Traitement de la lésion causale.

1^o Traitement de l'appendicite pelvienne occlusive.

Voie d'abord.

Analysant les diverses observations des formes occlusives de l'appendicite pelvienne, il est aisé de constater que souvent, surtout chez le vieillard, la nature exacte de l'occlusion a été méconnue, cette erreur entraînant une laparotomie médiane. Au contraire, lorsque le diagnostic est posé, on est intervenu par voie latérale, incision de Mac Burney basse ; et le pronostic est de toute évidence beaucoup moins grave.

Il faut donc s'efforcer de reconnaître la vraie cause de l'occlusion pour fuir la grande cavité et inciser délibérément à droite.

Il est toujours dangereux, en effet, de rompre la barrière qui peut s'être produite entre la grande cavité et la région infectée, d'autant que très souvent dans le foyer il existe un abcès de petites dimensions ou un

dépôt purulent plus ou moins collecté ; et même lorsqu'il existe un exsudat dans l'abdomen, sa septicité est souvent très atténuée en regard de la virulence du foyer péri-appendiculaire.

La diffusion de l'infection est d'ailleurs particulièrement redoutable chez les vieillards, toujours fragiles.

Mais souvent, par suite d'une erreur très excusable, on fait une incision médiane ; reconnaissant alors l'origine inflammatoire appendiculaire, la conduite à tenir est diversement interprétée.

Certains pratiquent l'appendicectomie et drainent par voie médiane. C'est une méthode qui nous semble peu défendable ; c'est celle qui donne la plus grande mortalité.

D'autres, après avoir enlevé l'appendice par voie médiane, font, pour établir un drainage latéral, une contre-incision à droite. Pour le danger d'infection, cette conduite est passible des mêmes reproches que la précédente ; elle risque d'ensemencer une grande cavité non infectée, et même en se préservant très correctement, on n'est jamais sûr que rien ne filtrera vers le péritoine sain. Elle offre sur la précédente la supériorité d'assurer un drainage plus direct, risquant moins de favoriser l'occlusion post-opératoire et isolant mieux le foyer infecté.

La troisième solution consiste, reconnaissant l'origine appendiculaire, à ne pas toucher au foyer, refermer en un plan sur la ligne médiane et à se porter à droite. La durée de l'intervention n'est guère allongée

et au total la sécurité est bien plus grande, puisque se trouvent réduits au minimum les dangers de dissémination.

Conduite à tenir vis-à-vis de l'appendicite.

Si l'on est intervenu dans les délais normaux, il faut évidemment enlever l'appendice et cette ablation peut être très laborieuse et délicate lorsque l'extrémité est fixée très bas, adhérente au péritoine des vaisseaux iliaques externes, ou bien lorsqu'elle se perd au niveau du promontoire, au milieu des anses grêles. Mais si cette ablation est délicate, elle n'en est pas moins indispensable ; il faut enlever à tout prix le foyer de l'infection dont on ne connaît pas la virulence.

Si, par erreur, on trouve à l'ouverture un foyer suppuré localisé ou un plastron, la question se pose différemment. En cas d'abcès, il vaut mieux, pour ne pas risquer d'abattre des adhérences et de diffuser une infection qui serait rapidement très grave, se contenter d'inciser l'abcès sans même chercher à reconnaître l'appendice. Cependant, certains chirurgiens pensent qu'il y a intérêt à enlever l'appendice, surtout si on a l'impression que ce ne sera pas trop laborieux.

Même en cas de plastron, Pierre DUVAL pense qu'il faut enlever l'appendice ; mais cette opération est extrêmement laborieuse, dangereuse, exposant à des dégâts locaux et à la diffusion de l'infection, dont chacun connaît des exemples rapidement mortels ;

aussi bien, la majorité est d'avis qu'il vaut beaucoup mieux refermer et attendre le refroidissement avant d'opérer.

La question de l'enfouissement n'a rien de particulier ; elle a ses détracteurs et ses partisans. De MARTEL, qui n'enfouit jamais, pratique volontiers l'enfouissement dans ces formes occlusives pour qu'on ne puisse pas accuser le non enfouissement, si l'occlusion persiste ou réapparaît.

Nous pensons que, lorsqu'il existe une dilatation du grêle et des réactions inflammatoires, il vaut mieux ne pas laisser libre un moignon appendiculaire et qu'il est préférable d'enfourer systématiquement.

Vis-à-vis du grêle.

Lorsque l'appendice a été enlevé, il est prudent, dans toutes les formes d'appendicite occlusive, de vérifier les derniers centimètres du grêle. Certains auteurs comme AUVRAY pensent que beaucoup d'occlusions post-opératoires dépendent de brides déjà existantes au moment de l'intervention et qu'une exploration systématique aurait décelées.

A fortiori dans ces formes occlusives on n'est jamais sûr que l'appendice seul est en cause ; il peut exister, dans une région voisine, des adhérences ; et LARDENNOIS, dans des cas similaires, en a souvent trouvé qu'il se félicite d'avoir enlevées.

Vis-à-vis du péritoine.

S'il est utile de déterger la cavité abdominale, il est illogique de nettoyer à l'éther ou autre antiseptique. Cette manœuvre, comme l'ont montré les recherches de DELBET, irrite l'épithélium, amène sa desquamation et diminue ses facultés de défense.

Drainage.

Dans certains cas, l'appendice étant enlevé assez facilement et ne présentant pas de lésions notables, on peut terminer sans drainer. Mais souvent, il existe déjà une réaction péritonéale importante, interdisant la fermeture complète de l'abdomen.

Chez le vieillard, toujours fragile, il faut se méfier d'une infection torpide qui diffuserait rapidement. Aussi pensons-nous qu'il faut être ici plus facilement partisan du drainage.

Modes de drainage.

1° Il est logique *à priori* de placer un drain à la partie déclive, dans le Douglas, là où était le foyer. Mais ce drain tient-il tous les espoirs que l'on place en lui et sera-t-il toujours exempt de dangers?

Le péritoine réagit en général parfaitement bien contre l'infection, et il est rare qu'après intervention pour appendicite aiguë s'écoule par le drain une grosse quantité de pus, surtout si l'on a eu soin d'épon-

ger le Douglas. Aussi bien le rôle du drainage n'est-il pas d'éliminer hors du ventre la sérosité purulente. Son intérêt primordial, dans les cas d'infection localisée est d'établir un barrage entre le foyer et le péritoine, de localiser l'infection ; et, à ce titre, on peut bien dire que le drain en caoutchouc ne rime à rien.

Par ailleurs, ce drain, descendant dans le pelvis au contact du grêle, peut, par compression, produire une occlusion complète et notre maître MONDOR en a observé un cas particulièrement net ; l'occlusion en effet disparut après l'ablation du drain. Une autre fois, intervenant pour une occlusion mécanique, il trouva une bride partie du cæcum, plongeant dans le Douglas, répondant exactement au trajet laissé par le drain.

Un autre danger qui n'est pas imaginaire, puisque nous en avons personnellement connu deux exemples, c'est l'ulcération de l'iliaque externe.

Ces réserves étant faites et les services que l'on attend du drain étant fort réduits, il ne faut pas absolument en proscrire l'emploi. Certes, le péritoine réagit très bien, le pus épanché dans le ventre étant facilement résorbé, si bien qu'OMBRÉDANNE en était venu à refermer toujours les péritonites appendiculaires généralisées chez les enfants. Cependant, la sérosité répandue dans l'abdomen a tendance à se drainer vers le Douglas lorsque le malade opéré est placé en position demi-assise, et un drain placé au bon endroit peut évacuer ce dépôt qui n'a pas besoin d'être résorbé. Ce rôle modeste étant rempli, on l'enlève au bout d'un

jour ou deux pour prévenir les accidents d'occlusion ou d'ulcération ;

2° Les mèches placées dans le foyer sont le meilleur moyen pour l'exclure de la grande cavité. Mais nous ne conseillons pas l'emploi de mèches plongeant profondément dans le pelvis ou au milieu des anses grêles, au niveau du promontoire ; ces mèches, devant rester longtemps en place, ne sont pas toujours faciles à enlever et certaines suppurations prolongées reconnaissent pour cause un fragment resté adhérent dans la cavité abdominale.

Le drainage idéal nous semble le Mikulicz. Longtemps il a été rejeté systématiquement par certains, employé par d'autres seulement dans les grosses opérations gynécologiques. On a reproché à ce drainage d'être disproportionné avec la lésion. On l'a accusé de favoriser des occlusions post-opératoires par compression d'anses, adhérences périculaires coudant et fixant le grêle.

Ses avantages sont cependant multiples : il isole parfaitement un foyer pelvien, même s'il s'agit d'un foyer médian, méso-cœliaque, et il empêche toujours les anses intestinales de venir s'appuyer sur la région infectée.

Si on a soin, en le plaçant, de ne coincer aucune anse entre la paroi postérieure et le fond du sac, il ne semble pas qu'il occasionne des accidents occlusifs. Il faut évidemment réaliser un drainage qui ne soit pas trop volumineux, en plaçant une seule mèche et,

pour que celui-ci puisse remplir son rôle, il faut laisser la brèche pariétale largement ouverte.

Notre maître MONDOR emploie systématiquement le Mikulicz dans les formes d'appendicite grave qu'il faut drainer et il n'a eu qu'à se louer de cette précaution. Sur ses conseils, cette technique est assez habituellement suivie dans le service ; et, en dénombrant les appendicites opérées à Bichat, nous n'avons jamais trouvé d'occlusion imputable au Mikulicz. Par contre, nous avons été frappé de l'évolution rapidement satisfaisante de cas semblant très graves.

Nous pensons donc que le Mikulicz réalise un excellent drainage ; il nous a semblé apporter une grande sécurité dans les suites opératoires ; et dans les formes occlusives, empêchant les anses, qui ont tendance à l'occlusion, de venir adhérer au foyer infecté il nous semble particulièrement indiqué.

La précaution d'un drain, glissé dans le Douglas par l'angle inférieur de la plaie, laissé en place deux jours, nous semble un utile complément.

Evolution de ces formes occlusives.

Souvent ces occlusions, traitées par l'ablation de l'appendice et grâce au traitement médical surajouté, guérissent aussi bien qu'une appendicite aiguë ordinaire. Mais en moyenne la gravité de ces formes est plus grande ; la mort pouvant survenir par infection générale, par diffusion péritonéale, surtout à redouter si l'on est intervenu par voie médiane ; ou bien, ce

sont les phénomènes occlusifs qui persistent et s'accroissent.

Il est impossible de donner un pronostic, même approximatif ; les éléments de gravité étant :

- la date tardive de l'intervention ;
- l'existence d'une intoxication déjà importante ;
- les lésions de l'appendice, qui peut être sphacélé, perforé, sans avoir donné de signes très importants ;
- le siège de l'appendice, les formes méso-cœliaques étant particulièrement graves ;
- l'âge avancé du malade et l'état général touché.

La mortalité, conditionnée par ces divers éléments, varie d'après diverses statistiques entre 20 et 25 %.

2° Traitement des salpingites occlusives.

Dans certains cas, le chirurgien s'est attaqué d'emblée à la cause de l'occlusion.

Parfois le diagnostic exact étant fait ;

Souvent, la véritable cause de l'occlusion étant méconnue.

L'intervention a présenté tellement de difficultés que l'opérateur pour éviter des dégâts irréparables a dû reculer. Si la libération laborieuse a été continuée, la mortalité est considérable, six morts sur 9 cas citées par KAUFFMANN.

Par contre, il est absolument certain que des

malades présentant une occlusion complète, peuvent guérir totalement, par le seul traitement médical et le repos.

Telle la malade dont nous relatons l'histoire dans l'observation XI et celle que SCHWARTZ referma croyant à un cancer inopérable et qui guérit spontanément, non seulement de son occlusion, mais également de sa salpingite.

Aussi, en présence d'une salpingite occlusive, nous pensons que la conduite à tenir est celle de l'expectative. On prescrira en plus des médicaments usuels de l'occlusion, le repos avec glace et on instituera d'emblée le traitement vaccinothérapique.

L'emploi du propidon est absolument proscrit par certains qui lui reprochent d'avoir donné dans plusieurs cas un coup de fouet à une affection jusque-là peu marquée.

Ces cas sont indéniables et nous avons souvenance d'une malade soignée à Beaujon quand nous étions l'interne de M. le professeur agrégé ALGLAVE. A la suite d'une première injection pour annexite légère, on constata une diffusion inquiétante de l'infection : contracture, vomissements, température au 39° s'y maintenant pendant trois semaines, et la masse qui était à peine perceptible fut remplacée par un blocage complet de tout le petit bassin.

Ces cas, fort rares, s'expliquent au point de vue biologique, par la période d'anergie, très longue, huit jours environ, que détermine l'injection de ce vaccin.

Pourtant sans songer à nier de pareilles éventualités nous constaterons qu'elles sont extrêmement rares. Au contraire, les cas dans lesquels le propidon a fait merveille ne se comptent pas ; et il faut dire que son emploi modifie complètement la thérapeutique gynécologique. Dans le service de M. MONDOR, il est employé très habituellement aux doses de 2, 4, 6 cmc. à deux jours d'intervalle.

Ultérieurement, lorsque la salpingite est refroidie, il est prudent d'intervenir pour éviter le retour de pareils accidents occlusifs en enlevant les annexes malades.

*
* *
*

En cas de salpingite kystique suppurée, le problème se pose d'une façon différente.

Certes, ici encore, l'emploi du propidon peut rendre des services importants en agissant sur les réactions inflammatoires périculaires, et même, dans certains cas, on a pu voir diminuer le volume de la collection elle-même. Mais dans la règle le vaccin est insuffisant et, de plus, il faut proscrire systématiquement l'emploi du propidon, lorsqu'on a l'impression d'une masse sous tension qu'une réaction un peu forte pourrait faire rompre.

Aussi, bien qu'il soit souhaitable, en cas de pyosalpinx, de retarder l'opération jusqu'au refroidissement, on peut avoir la main forcée pour lever un obstacle au transit intestinal.

La voie abdominale est la seule satisfaisante, puisque

seule elle permet l'exérèse de la poche purulente.

Cependant, l'intervention est rendue difficile par l'occlusion et ses anses distendues. Elle est toujours délicate et de pronostic sérieux par le danger de diffusion ou de rupture. Aussi, pour ne pas courir ces dangers, certains chirurgiens ont-ils pensé qu'il valait mieux vider la poche par voie basse et en remettre l'ablation à une date ultérieure.

Par colpotomie latérale. — Il est difficile d'atteindre la masse qui n'est pas en rapport intime avec le vagin. D'autre part, on risque d'infecter le péritoine libre et enfin, il ne faut pas perdre de vue que l'intervention se passe au voisinage de l'utérine.

Certains, comme Mocquot, jugeant ces inconvénients plus théoriques que réels, emploient volontiers ce procédé.

Personnellement, pendant notre internat, nous avons vu quatre cas de colpotomie latérale pour pyosalpinx.

Nous avons observé une péritonite suraiguë rapidement mortelle et une hémorragie intra-péritonéale, qui a nécessité une intervention rapide, presque miraculeusement salvatrice.

La voie sous-péritonéale, analogue à l'abord suivi pour la découverte de l'iliaque externe, a été également employée.

Après une incision parallèle et sus-jacente à l'arcade crurale, on décolle le péritoine et on arrive à sentir dans la profondeur une masse sous tension, que l'on ouvre avec précaution.

Ces deux modes d'intervention, illogiques et non

dépourvus de dangers, peuvent être envisagés cependant dans certains cas alarmants, lorsqu'on a l'impression que l'intervention idéale serait par trop choquante.

3° Traitement des abcès pelviens appendiculaires.

A la période de formation.

Si l'on voit le malade à la période de formation de l'abcès, s'accompagnant déjà de quelques signes de subocclusion, le traitement par vaccins, et en particulier le propidon, peut rendre des services remarquables.

Nous avons eu l'occasion d'opérer avec M. le D^r FÈVRE, chirurgien de garde, une péritonite appendiculaire avec appendice pelvien gangréné, adhérent au plancher du Douglas. Vers le 8^e jour après l'intervention, accompagnant une ascension thermique légère mais progressive, apparurent du ballonnement, des nausées. Le toucher rectal montra un empâtement pré-rectal et l'examen de sang une leucocytose à 15.000. Ces phénomènes alarmants annonçant l'abcès du Douglas furent très rapidement jugulées par deux injections de propidon.

Et, si le traitement vaccinothérapique ne suffit pas dans l'immense majorité des cas à faire rétrocéder un abcès en voie de formation, il favorise tout au moins la collection et cela nous semble encore un

avantage considérable, puisqu'il est souhaitable de pouvoir inciser l'abcès très tôt avant la formation d'adhérences importantes.

A la période de maturité.

« Les exemples sont nombreux où l'occlusion guérit par la seule incision de l'abcès, à condition que ce soit précoce et qu'un abcès trop longtemps méconnu n'ait pas entraîné des péri-iléites trop serrées » (MONDOR).

La guérison survenant à la suite de l'ouverture spontanée de l'abcès dans le rectum a été observée dans certains cas. Par exemple une malade opérée par HUET d'un volumineux abcès retrocæcal dans lequel baignait un appendice spontanément amputé fit au 6^e jour des phénomènes de subocclusion. La cause de l'occlusion n'était pas encore précisée quand la malade rejeta par le rectum une grande quantité de pus et la guérison survint très rapidement.

Mais cette ouverture favorable est le plus souvent insuffisante et les accidents cessent incomplètement. L'intervention est donc nécessaire, mais le choix du moment opportun est extrêmement délicat.

Attendre trop longtemps, c'est favoriser les réactions de péri-iléites qui pourront entraîner des troubles persistants, c'est s'exposer à une diffusion vers le péritoine sain, donnant alors un syndrome immédiatement très grave, tuant généralement en quelques heures avec des signes de collapsus.

Si l'on incise trop tôt, l'incision ne ramène pas de pus collecté et les phénomènes pathologiques ne s'améliorent pas ; ou bien on s'efforce de trouver la collection et en se livrant à ces manœuvres laborieuses et aveugles, on risque de diffuser l'infection en rompant les barrières fragiles formées d'épiploon et d'anses intestinales agglutinées.

Il faut savoir apprécier les signes de maturité de l'abcès et le traiter sans aucun retard quand :

- il bombe très nettement et déprime la paroi rectale antérieure ;
- il se ramollit et quand apparaissent des signes de rectite glaireuse.

Mais très souvent lorsque l'abcès est très haut situé, ou peu volumineux, il est difficile d'apprécier s'il existe ou non du pus.

Et cette situation est pour le chirurgien une des plus délicates.

VOIE D'ABORD.

En principe, comme pour tout abcès, il faut inciser là où le pus bombe le plus ; les voies préconisées sont :

- la voie haute ;
- la voie basse.

VOIE HAUTE.

La voie haute présente plusieurs dangers ou désavantages :

- elle ne draine pas au point déclive ;
- elle expose à des blessures de la vessie lorsqu'on va par voie hypogastrique ;
- elle risque d'infecter la cavité abdominale.

Aussi ne doit-elle être envisagée que dans certains cas particuliers.

1° Dans les abcès ilio-pelviens, parce que la voie basse présente ici deux inconvénients théoriques : on n'est pas sûr qu'il n'existe pas de cloisonnement entre les deux poches, et on risque de disséminer par décompression brusque de la poche supérieure.

2° Après une intervention, lorsque l'abcès résiduel est difficilement perceptible par le toucher et que la plaie abdominale n'est pas encore fermée.

Pierre DUVAL a guéri son malade en refaisant le trajet du drain ancien avec une pince de Kocher.

Personnellement, au cours d'un remplacement en province, nous avons eu l'occasion d'observer un petit malade présentant au 14^e jour d'une appendicite gangréneuse, une occlusion complète avec crises douloureuses paroxystiques, ondes péristaltiques, arrêt complet des gaz.

L'examen montrait un empâtement de la région hypogastrique ; le toucher rectal un point douloureux haut situé. La ponction au gros trocart n'ayant rien

ramené par voie rectale, prudemment à l'aide du doigt glissé sous le cæcum et les anses agglutinées, nous avons ouvert l'abcès méso-cœliaque dont l'évacuation a été suivie rapidement de guérison.

3° Dans les abcès méso-cœliaques trop hauts, pour la voie rectale. C'est ici que le problème de l'intervention se pose avec le maximum de difficultés.

D'une part, c'est ici que les phénomènes d'occlusions sont le plus marqués ; c'est ici que l'expectative risque le plus de laisser se produire une diffusion de l'abcès.

Et, d'autre part, il y a un très gros intérêt à attendre que la collection bombe derrière la paroi.

Dans certains cas non alarmants, on a pu attendre que la collection soit nettement perceptible dans l'hypogastre ; par radioscopie de profil on a pu s'assurer que l'ombre de la collection est en rapport immédiat avec la paroi sans interposition d'anses intestinales ; le traitement est alors simple et sans danger, simple boutonnière et mise en place de deux drains.

Mais très souvent on a la main forcée et on intervient par voie médiane :

— Parfois, pour une collection méso-cœliaque reconnue,

— le plus souvent pour une occlusion de cause indéterminée.

La conduite à tenir dans ces conditions est variable.

Après protection minutieuse on peut aller au foyer, l'ouvrir, déterger la cavité, drainer largement.

Ou bien, devant le danger considérable que crée l'ouverture d'un abcès sous tension, on préfère ne pas le toucher d'emblée ; on tourne la difficulté en obviant à l'occlusion et on se réserve d'inciser la collection ultérieurement si elle grossit.

Ces deux techniques sont illustrées par deux exemples rapportés par HAECKEL :

1^{er} CAS. — On opère une jeune fille de 20 ans dont la crise d'appendicite avait paru rétrocéder normalement ; au bout de 3 semaines, occlusion intestinale. Laparotomie.

Au niveau du promontoire, sous les anses agglutinées, éruption de pus fétide. La cavité est détergée ; on ne peut achever la libération. Entérostomie. Mort.

2^e CAS. — Occlusion datant de 14 jours. A l'intervention on tombe sur un paquet d'anses agglomérées autour de l'appendice et entourées de fausses membranes récentes. L'aspect de la masse faisant supposer qu'il existe une collection suppurée au centre, on se garde de faire la moindre libération intestinale, on effectue une dérivation interne, remettant à plus tard le traitement de l'abcès si celui-ci venait à grossir. Or, la malade guérit complètement.

La conduite à tenir est difficile à fixer. Elle est un cas d'espèce.

Si la dérivation, la fistule a été faite souvent au-

dessus d'une masse, c'est dans beaucoup de cas par erreur et par méconnaissance de l'abcès sous-jacent. Mais il n'en reste pas moins que cette technique a procuré des guérisons, l'abcès pouvant se résorber ultérieurement de façon complète, grâce à un traitement approprié.

Aussi, lorsque la collection ne paraît pas très volumineuse, prête à se rompre, et que l'état alarmant du malade commande un choc minimum, cette solution paraît être de mise.

Cependant, il est hors de doute que, l'occlusion étant due à l'abcès lui-même, la logique commande l'évacuation. Mais, sachant le danger considérable de la voie abdominale, il faut tout faire pour essayer d'atteindre le foyer par incision transrectale haute.

La voie basse.

Les voies périnéales (MAUCLAIRE, SCHMIDT) et antérectale (DELANGLADE) n'ont aucune supériorité. La voie transrectale est universellement employée ; c'est d'ailleurs la plus logique, l'évolution spontanée de ces abcès se faisant presque toujours vers le rectum. Chez la femme, elle pourrait être remplacée par une colpotomie.

Le traitement en lui-même consistera, sous anesthésie générale, à faire une dilatation anale ; on se trouvera bien d'employer deux valves étroites et longues permettant de porter l'incision plus haut. Préalablement la ponction avec un petit trocart contrôlera la présence de pus et enfin la rectotomie sera

pratiquée à l'aide d'un bistouri entouré de gaze dont la seule extrémité est apparente. La paroi rectale étant incisée superficiellement on élargira la plaie avec une pince.

Certains laissent un drainage après l'évacuation.

— drain en T;

— sonde de PEZZER à bout coupé.

Il nous semble que tout drainage est inutile, et les cas que nous avons vu traiter ainsi ont complètement guéri par simple incision.

Si la découverte du pus paraît laborieuse, il faut ne pas perdre de vue que le toit de la collection formé d'anses et d'épiploon agglutinés est fragile ; et mieux vaut remettre que se livrer à des efforts prolongés et aveugles extrêmement dangereux.

RÉSULTATS.

Favorables :

La simple incision de l'abcès précédée ou non d'un traitement vaccinothérapique jointe au traitement médical, suffit dans la règle à guérir l'occlusion.

Les cas par nous observés ont guéri très simplement. Rapidement les phénomènes douloureux, les ombres péristaltiques ont disparu et le lendemain les malades avaient eu des gaz.

Cependant, localement, il persiste assez longtemps un empâtement pré-rectal.

Ce traitement simple amenant des résultats aussi immédiats et favorables s'impose absolument et on ne

conçoit guère pourquoi GODLEWSKI choisit la voie rectale pour inciser un abcès dont le pôle inférieur déprimait la paroi rectale.

Car si l'évacuation de l'abcès par voie abdominale a donné parfois des résultats satisfaisants, il n'en reste pas moins que cet abord est parfaitement :

illogique dans sa conception ne drainant pas au
au point déclive
délicat dans sa confection, nécessitant une intervention importante ;
dangereux par ses complications, exposant à la diffusion rapidement mortelle.

Cependant cette thérapeutique par incision basse n'a pas que des suites favorables.

Cas non améliorés :

Les causes de ces insuccès sont diverses :

- Une ouverture trop précoce alors que l'abcès n'était pas encore collecté et qu'existaient surtout des réactions plastiques,
- une opération trop tardive ayant permis la formation de péri-iléites importants ne rétrocedant pas après l'évacuation du foyer suppuré.
- un affaissement du plafond se produisant après l'incision qui peut amener une coudure du grêle entretenant l'occlusion due préalablement à l'abcès.

Ces occlusions persistantes sont à rapprocher par

leur mécanisme des occlusions survenant seulement après l'incision de collections pelviennes qui jusqu'alors n'avaient amené aucun trouble dans le transit intestinal.

Cas aggravés :

Exceptionnellement, lésion d'un viscère creux au moment de l'incision.

La seule complication qu'il faut redouter est la diffusion de l'infection. Celle-ci s'effectuant par fissuration ou rupture du plafond de l'abcès, il importe au cours de l'intervention de procéder avec douceur, en évitant par exemple d'abaisser la masse par l'appui d'une main abdominale. Cette rupture d'un abcès dans la grande cavité revêt une gravité particulière. Très rapidement apparaissent des signes de réaction péritonéale généralisée. L'état général s'altère avec une incroyable rapidité et la mort peut survenir en quelques heures, précédée d'un état de collapsus.

Au maximum la brutalité d'évolution est telle qu'on peut avoir l'impression d'embolie.

**4° Traitement des formes occlusives
des pelvi-péritonites suppurées.**

Comme pour les abcès appendiculaires, l'indication majeure est un drainage au point déclive. Cependant on emprunte habituellement la voie vaginale.

COLLISEN fut le premier qui ouvrit par voie vaginale une collection suppurée pelvienne. Il fut bientôt suivi

par MACARN et DUPUYTREN employa cette voie en 1839.

Mais le premier qui l'érigea en technique fut RÉCAMIER. Il traitait par ponction et ce fut NÉLATON qui le premier incisa le vagin.

Actuellement, la colpotomie est couramment employée, elle donne des résultats excellents à condition d'être pratiquée au moment opportun. Il ne faut pas inciser trop tôt, mais attendre que la poche bombe vers le vagin.

En la pratiquant, on se gardera d'exercer une traction quelconque sur l'utérus, cette simple manœuvre pouvant rompre le toit de la collection.

L'incision sur le vagin peut être horizontale, permettant d'éviter plus sûrement le rectum, mais exposant à une hémorragie parfois assez abondante pour nécessiter un tamponnement.

L'incision antéro-postérieure destinée à obvier à ce danger doit être faite avec le plus grand soin à cause du voisinage du rectum.

On contrôlera l'évacuation complète de la collection. Les cloisonnements n'étant pas rares, on peut atteindre d'abord un liquide séro-purulent, qui n'est que le témoin d'une collection plus profonde et responsable des accidents.

Le drain en T, que l'on ne laisse pas plus de 10 jours à cause du danger d'ulcération de l'artère utérine, laisse écouler beaucoup de pus les premiers jours.

Dans le cas par nous observé, les phénomènes occlusifs ont très rapidement cédé.

* * *

Dans ces suppurations pelviennes d'origine appendiculaire ou gynécologique, on ne s'occupe que de la collection ; « ce sont des cas où l'abcès est tout, presque toujours » (MONDOR).

Mais ultérieurement, lorsque l'orage sera passé, il conviendra de traiter la cause de ces accidents.

L'appendice, s'il est en cause, sera enlevé systématiquement en prenant la précaution de laisser refroidir très longtemps, plusieurs mois, pour ne pas risquer de trouver un foyer incomplètement éteint.

Après les pelvi-péritonites suppurées, il persiste souvent des lésions importantes des annexes, que l'on devra traiter, mais parfois on est surpris de constater leur intégrité presque parfaite.

CHAPITRE III

Traitement chirurgical contre l'occlusion elle-même.

A. — ENTÉROSTOMIE PRIMITIVE.

Nous avons insisté sur l'intérêt majeur de reconnaître une origine pelvienne à l'occlusion pour éviter de faire une entérostomie illégitime tandis qu'un traitement simple aurait suffi à la guérison.

Cependant, des chirurgiens opérant une appendicite occlusive pratiquent d'emblée une entérostomie et cela pour deux raisons :

D'abord, dans une occlusion ancienne, même si le transit s'effectue bien après l'ablation de l'appendice, on peut redouter la gravité de la résorption des produits toxiques. et, pour y remédier, il est logique de drainer les déchets à l'extérieur.

Ensuite, chez le vieillard en particulier, la tendance occlusive dans les suites post-opératoires étant très marquée, on n'est jamais sûr, même si l'on a vérifié le transit intestinal, que l'occlusion ne persistera pas. Et la dérivation est pratiquée d'emblée pour éviter l'ennui d'une deuxième intervention possible, mais non probable.

D'autres, redoutant à la fois la possibilité d'une occlusion persistante et le danger d'une fistule du grêle, préparent la confection facile d'une entérostomie, en fixant le cæcum ou une anse grêle à la paroi antérieure.

Et si l'occlusion persiste ils font une ponction de l'intestin.

Mais cette technique nous semble à rejeter, car, si l'on fait une fistule sur le cæcum, ce qui est sans danger, le résultat que l'on en retire est bien problématique, puisque l'occlusion porte sur le grêle.

Et si la fistule porte sur l'iléon elle est pleine de dangers, car, pratiquée de la sorte, elle n'a aucune tendance à se refermer seule et amène rapidement des phénomènes de dénutrition.

En conclusion, la fistulisation d'emblée nous semble avoir peu d'indications, sauf peut-être lorsque le traitement est extrêmement tardif. Mais, si on la juge utile, il faut ne pas avoir recours aux petits expédients et la pratiquer d'emblée selon la technique que nous indiquerons.

B. — TRAITEMENT SECONDAIRE.

Si la nécessité d'une intervention dirigée contre l'occlusion elle-même nous semble rare, il n'en reste pas moins que, dans certains cas, il faut savoir se décider, et, en présence d'accidents persistants, ne pas dire parésie intestinale jusqu'à l'apparition de vomissements fécaloïdes.

Quels que soient les cas, si après une appendicectomie, une évacuation d'abcès pelvien, les douleurs persistent par crises intermittentes, si on voit se dessiner sous la paroi la reptation des anses intestinales, il ne faut pas hésiter, il faut dire occlusion persistante avec obstacle nécessitant une intervention immédiate.

Voie d'abord.

La voie d'abord ne peut se discuter qu'après appendicectomie, lorsqu'une plaie encore ouverte semble préparer un chemin tout indiqué. Plusieurs fois ALGLAVE a pu ainsi libérer des anses intestinales et il recommande cette voie d'abord.

Cependant, les reproches qu'on peut lui adresser :

incision étroite,

manœuvre en milieu infecté,

sont très impressionnants, et il semble, que même dans ce cas, la voie médiane est préférable, celle-ci étant évidemment la seule qui s'applique sans discussion à tous les autres cas.

Conduite à tenir.

Deux méthodes se présentent à l'esprit :

l'une consiste à lever l'obstacle,

l'autre à le tourner.

La libération de l'obstacle est la solution idéale. Mais elle ne va pas sans difficultés et elle présente de

gros dangers pour les anses intestinales et risque de diffuser l'infection.

Les difficultés ont été si grandes, en certains cas, que des chirurgiens avertis ont dû reculer pour ne pas faire courir à leur opéré un danger immédiat. Par ailleurs, il faut compter avec la facilité de reproduction de ces adhérences, rendant inopérante et illusoire la libération.

Aussi, pensons-nous qu'en dehors des cas où l'inventaire des lésions montre un obstacle assez limité, apparemment facile à lever, il vaut mieux, chez ces malades affaiblis, faire l'opération plus rapide, palliative, destinée à supprimer le danger d'intoxication.

Il faut parer au plus pressé, quitte à réintervenir plus tard pour assurer la libération des anses si le besoin s'en fait sentir.

* * *

Ici encore, deux solutions peuvent être discutées :

dérivation interne,
fistulisation du grêle.

La dérivation interne, par anastomose entre une anse plate et une anse dilatée, a donné de beaux résultats.

On peut cependant lui reprocher plusieurs points :

C'est une opération dont la difficulté ne dépasse pas celle de l'habituelle suture intestinale, mais qui,

pour être effectuée, demande un temps assez long.

C'est une opération en milieu plus ou moins infecté, et dans ces conditions il faut toujours craindre pour l'étanchéité des sutures.

Enfin, en cas de guérison, on ne sait pas comment fonctionnera cette anastomose et on n'est pas sûr que cette bouche supplémentaire ne troublera par le transit intestinal.

D'ailleurs, ces dangers sont peut-être plus hypothétiques que réels, et Ockynzick a souvent employé cette technique sans ennui.

La fistule sur le grêle, surtout lorsqu'elle est haute, présente de gros inconvénients :

Elle détermine rapidement des phénomènes de dénutrition et digestion de la paroi ;

Et n'a aucune tendance à se refermer seule ;

Sa cure est toujours extrêmement difficile.

Aussi, la fistulisation du grêle a-t-elle été longtemps considérée comme une solution ultime.

Cependant, ses avantages sont à considérer. C'est une opération courte, facile à exécuter. Elle réalise sur la précédente l'avantage de dériver à l'extérieur les produits toxiques pour l'organisme.

Par ailleurs, ses inconvénients sont peut-être moins importants qu'on ne l'a jugé.

Certes, dans ses expériences sur le chien, Alglave, établissant un arrêt du transit et fistulisant en amont, a prouvé que dans ces conditions la fistule ne se referme jamais spontanément.

Mais dans ces expériences il s'agissait d'un obstacle

mécanique, définitif, tandis que chez l'homme la situation est différente. Ici l'obstacle est inflammatoire et tend le plus souvent à diminuer ou à disparaître.

Ce point nous semble expliquer la différence entre l'évolution de la fistule expérimentale et celle que l'on observe fréquemment chez le malade.

La technique de la fistulisation nous semble avoir également une importance primordiale et il est indispensable de faire une fistulisation à la Witzel en soignant particulièrement deux points de détails :

1° Long enfouissement au-dessus de la sonde de Nélaton, réalisant un canal qui aura une tendance naturelle à s'effacer lorsqu'on enlèvera la sonde ;

2° Fixation de la séreuse intestinale au seul péritoine pariétal et non à l'aponévrose.

Exécutée de cette façon, la fistule du grêle ne présente jamais les dangers qu'on lui a généralement attribués. Ainsi, CUNÉO, SCHWARTZ, l'emploient volontiers et en tirent d'excellents résultats. Personnellement, sur 6 cas de fistulisation du grêle que nous avons exécutés ou vu exécuter, cinq se sont refermés spontanément et assez rapidement ; dans un cas la mort est survenue le soir même de l'intervention.

Nous pensons que cette fistulisation est un moyen rapide, pratiquement sans danger, qu'il convient d'employer lorsque la libération de l'intestin semble demander des manœuvres longues incompatibles avec l'état précaire du malade.

CONCLUSIONS

1° Les inflammations pelviennes peuvent donner des occlusions intestinales, parfois avec ondes péristaltiques. Celles-ci ne sont donc pas caractéristiques des occlusions mécaniques ;

2° Les phénomènes occlusifs peuvent apparaître à un stade tardif de l'évolution, mais la tendance occlusive peut s'observer d'emblée et dominer le tableau clinique à partir de la première heure ;

3° La guérison est en général obtenue par le traitement de la lésion causale, soit incision d'un abcès, ablation d'un appendice, soit traitement vaccinothérapique seul. L'efficacité du vaccin prouve l'importance primordiale des lésions inflammatoires dans la pathogénie des accidents ;

4° Ces formes occlusives sont difficiles à différencier d'une occlusion vraie, les signes généraux et fonctionnels dont elle s'accompagne habituellement pouvant être très atténués et passer inaperçus ;

5° Cependant, les erreurs proviennent en général

d'une insuffisance d'examen et il faut insister sur le fait que le toucher rectal et le toucher vaginal sont souvent la clé du diagnostic hésitant ;

6° L'étude de la leucocytose sanguine est un élément important ; et s'il ne faut pas considérer ses résultats comme intangibles, elle n'en est pas moins un très bon signe complémentaire ;

7° Enfin, dans les occlusions aiguës, l'examen radiologique peut rendre des services certains ; et il serait inadmissible de l'ignorer si on peut le pratiquer sans danger et sans perte de temps.

Vu : le Président de la thèse,
GRÉGOIRE.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- DALLAINES. — *Congrès des Médecins de la Langue française de l'Amérique du Nord*, 1932.
- ARNÉ. — De l'occlusion intestinale au cours de l'appendicite. *Thèse Bordeaux*, 1908.
- ASTÉRIADES. — Formes douloureuses des salpingites basses. *Thèse Lyon*, 1920.
- BARANGER. — Appendicite compliquée de deux abcès et d'occlusion intestinale. *Soc. de Chir. de Paris*, juin 1928, p. 879-875.
- BASSET. — A propos de : Les occlusions intestinales consécutives à l'opération pour appendicite. *Société de Chirurgie de Paris*, 1927, n° 21.
- BAUDET. — Société de Médecine militaire française. *Bulletin mensuel*, avril-mai 1928.
- BERGER. — A propos du Mikulicz. *Société de Chirurgie de Paris*, 1924.
- BERNARD (R.). — L'appendicite chez le vieillard. *Monde médical*, 1^{er} sept. 1934.
- BÉRARD et VILLARD. — L'appendicite, étude clinique et critique. Masson, 1914.
- BINET. — Recherches expérimentales sur l'occlusion intestinale. *Soc. de Pathologie comparée*, 13 déc. 1927.
- GAZETTE HEBDOMADAIRE DES SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX. — Abcès résiduels pelviens compliquant l'appendicite, n° 30, 27 juillet 1933.

- Abscès résiduel de l'appendicite à chaud, n° 31, 30 juillet 1933.
- BRAINE. — Abscès appendiculaire profond méso-coeliaque inter-utéro-vésical. *Soc. de Chir. de Paris*, 21 janv. 1931.
- BROCA. — Occlusion intestinale consécutive à l'appendicite. *Gaz. hebd. de Méd. et de Chirurg.*, 1911, p. 694.
- BURLATON. — Contribution à l'étude de la péricolite gauche, d'origine gynécologique. *Th. Lyon*, 1919.
- CARAYON. — Des occlusions intestinales d'origine appendiculaire. *Th. Lyon*, 1904.
- CHAMBORD. — Appendicite aiguë et occlusion. *Arch. médico-chir. de Province*, an XXI, n° 3, mars 1931.
- CHIFOLIAU. — Rapport sur les occlusions dans l'appendicite. *Soc. de Chir.*, 1927, n° 21.
- CULMONE (G.). — Appendicite and intestinal occlusion. *Poli-clinico*, 40, p. 447-461, aug. 1933.
- DENIS. — Contribution à l'étude des abcès pelvi-péritonitiques. *Thèse Montpellier*, 1921.
- DES CRESSONNIERS. — La leucocytose dans les grossesses extra-utérines rompues. *Arch. franco-belges de Chirurg.*, juillet 1928.
- DONATI. — Abscès appendiculaire pelvi-abdominal. Erreurs de diagnostic de l'appendicite. *Minerva médical*, n° 7.
- DUFOUR. — Les erreurs du diagnostic dans la grossesse extra-utérine. *L'Hôpital*, oct. 1932, p. 119.
- DUJARRIER. — L'occlusion d'origine appendiculaire. *Bull. de la Soc. de Paris*, 22 mars 1924, n° 18.
- FAURE (J.-L.). — *Traité de gynécologie*.
- FOLLIOT. — Contribution à l'étude des occlusions intestinales vraies de cause appendiculaire. *Thèse Bordeaux*, 1904.
- FOURREAU KLEIN. — Syndrome d'occlusion dans la grossesse avec appendicite gangréneuse. *Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 12 juin 1933.

- TRUCHARD. — Les salpingites aiguës chez les femmes d'âge moyen. *Bulletin d'Obstétrique et de Gynécologie*, fév. 1933, p. 121-123.
- GAUDIN. — Contribution à l'étude des occlusions intestinales mécaniques d'origine appendiculaire. *Thèse Paris*, 1914.
- GAUTHRON. — Les formes occlusives de la grossesse extra-utérine. Paris, 1934.
- GODARD et PALIOS. — *Arch. franco-belges de Chirurgie*, 1933.
- GODLEWSKI. — Occlusion intestinale d'origine appendiculaire. *Soc. de Chirur. de Marseille*, 12 mai 1930.
- GOSSET, BINET, PETIT-DUTAILLIS. — De la valeur du chlorure de sodium employé en solution hypertonique et à hautes doses comme moyen curatif ou préventif de l'intoxication dans les occlusions du tube digestif. *Presse méd.*, 7 janv. 1928.
- Sérum hypertonique. *Presse médicale*, 19 fév. 1930.
- *Revue française de Médecine*, avril 1932.
- GROUW. — Des occlusions intestinales appendiculaires. *Thèse Paris*, 1906.
- GUERMEUR. — Les perforations intestinales consécutives à l'hématocèle pelvienne. *Th. Bordeaux*, 1911.
- HARTMANN et BERGERET. — *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1919, n° 6, p. 321.
- HEINECK. — Appendicitis rectal drainage of pelvic abscess. *Med. Times New-York*, 56, july 1928.
- HOMANS et HOWERS (J. H.). — Appendiceal abscess. Traitment of appendice. *New England J. Med.*, 199, Aug. 16, 1928.
- HUET. — A propos des occlusions post-opératoires de l'appendicite aiguë. *Société de Chirurgie*, 13 décembre 1933.
- KAUFFMANN et ARDOUIN. — Hématocèle enkystée et péri-appendicite. *Soc. anatomique de Paris*, 1^{er} déc. 1932-

- KAUFFMANN. — Occlusion dans les salpingites. *Gynécologie*, oct. 1930, p. 603-611.
- KUSS. — Les rétrécissements péricoliques pelviens, principalement chez la femme. *Thèse Paris*, 1910.
- LARDENNOIS. — Sur un cas de fistule du grêle. *Société de Chirurgie de Paris*, 1924.
- MAISONNET. — Occlusion intestinale consécutive à une appendicite d'urgence. *Soc. de Chir. de Paris*, juin 1928.
- MALIVERT. — Du traitement des hématoécèles infectées par laparotomie et drainage abdomino-vaginal. *Th. Lyon*, 1912.
- MARION. — Appendicite et occlusion intestinale. *Gazette des Hôpitaux*, 24 novembre 1900.
- MATHIEU. — L'occlusion intestinale d'origine appendiculaire. *Soc. de Chirurgie de Paris*, 12 mars 1924.
- MEYER. — Abscess in Douglas's pouch of appendiceal origin causing extensive parametrian infiltration. *Zentralbl. J. chir.*, 643-644, March 15, 1930.
- MICHAUX. — Péricécumite d'origine ovarienne. *Soc. de Chir. de Paris*, 1906.
- MICHEL. — *Marseille médical*, 5 janvier 1930.
- MONDOR. — *Diagnostics urgents*. Paris, Masson.
- OKINCZYK. — Occlusion aiguë par lésions inflammatoires du grêle. *Société Chir.*, 22 novembre 1922.
- PALIOS. — L'occlusion dans l'appendicite. *Thèse Paris*, 1932.
- PETIT (J.). — De l'occlusion intestinale au cours de l'appendicite aiguë. *Soc. Chirurgie*, 22 oct. 1927, 1053-1055.
- PETIT. — Collection pelvienne. Traitement par colpotomie.
- PINATZIS. — Des salpingites hautes. *Thèse Lyon*, 1906.
- PIVOTEAU. — Les formes appendiculaires de l'hématoécèle pelvienne. *Th. Lyon*, 1923.
- PRAT. — Occlusion intestinale par appendicite. *Revue Sud-*

Américaine de Médecine et Chirurgie, n° 10, 8 octobre 1930.

— Appendicite pelvienne. *Revue de Chirurgie*, n° 7, octobre 1930.

QUÉRIAULT. — Les occlusions intestinales d'origine appendiculaire. *Th. Paris*, 1930.

ROUMANIAC. — Des salpingites hautes. *Thèse Lyon*, 1930.

DE ROUVILLE. — Pyosalpinx haut et périsigmoïdite. *Revue d'Obst. Montpellier*, juin 1913.

ROUX-BERGER. — *Soc. de Chir.*, 29 mars 1924.

SABADINI. — Appendicite. *Presse médicale*, 12 août 1933.

SAUVÉ. — Deux cas d'occlusion d'origine appendiculaire. *Soc. de Chir.*, n° 11, 1924.

SAVARIAUD. — Occlusion intestinale post-appendiculaire. *Soc. de Chirurgie de Paris*, n° 12, 1924.

SOLA SURFS et LLUCH CAROLPS (J.). — *Revue de Chir. de Barcelone*, Aug. 1922.

SOUPAULT. — Les abcès dans l'appendicite. *Revue de Chirurgie*, 1929.

— *Revue de Chirurgie*, juillet-octobre 1930.

SCHWARTZ. — Fausses occlusions. *Paris médical*, 17 septembre 1932, 223-224.

— L'appendicite pelvienne. *Paris médical*, n° 24, 24 février, an XIV.

SUZANI. — Sur l'occlusion intestinale après appendicite chez les enfants. *Arch. gen. klin. chir.*, 31 juill. 1930.

THELLIER. — Contribution à l'étude du traitement des occlusions intestinales après appendicéctomie. *Thèse Paris*, 1928.

TRANCHADIA. — Grossesse extra-utérine simulant une occlusion. *Revue d'Obs. et Gyn. pratique*, 1929.

VERTES. — *Gynécol. et Obst.*, 4 mars 1929, p. 64.

VIANNEY. — Occlusion après appendicite. *Soc. de Chir.*, 16 juil. 1927, p. 998-1003.

VILLARD. — Salpingite haute.

VONCKEN. — Occlusion après l'appendicite. *Bull. et Mémoires de la Soc. de Chir.*, 25 juin 1927, 878-885.

